

# På godt og vondt

*Eit kvalitativt studie om kvinner sine erfaringar i kvardagen  
etter behandling for hjartefarkt*

**Nina Leivestad**



Masteroppgåve ved Medisinsk Fakultet, institutt for  
sykepleievitenskap og helsefag

**UNIVERSITETET I OSLO**

Haut 2009



---

## Samandrag

Korleis erfarar kvinner kvardagslivet etter behandling for hjarteinfarkt?

**Bakgrunn:** Kvinner fryktar brystkreft, men hjarteinfarkt er den sjukdomen flest døyr av. Sidan moglege kjønnskildnadar er lite undersøkt veit me heller ikkje nok om dei særskilte utfordringane kvinner møter i kvardagen etter hjarteinfarkt.

**Hensikt:** Å auke kunnskapen om kvinner og hjarteinfarkt slik at denne kunnskapen skal kunne bidra til betre forståing og oppfølging av kvinnene.

**Materiale og metode:** Det har vore nytta ein kvalitativ metode, der åtte kvinner vart intervjuja om deira erfaringar i kvardagen inntil åtte månadar etter behandling for hjarteinfarkt.

**Resultat:** Kvinnene med sjukdomskjensler før infarkt viste seg ha betre utgangspunkt for kvardagen, i høve til kvinnene som erfarte infarkt utan å vere førebudd på sjukdom av noko slag. Uansett forhistorie meinte kvinnene alle bør og treng opphald på senter for rehabilitering då lite kunnskap om hjarteinfarkt skapte uvisse. Kvinnene ynskte samtale med andre kvinner under opphaldet då kvinnene i større grad enn menn tek ansvar for å dele vare kjensler omkring psykisk helse, uro og bekymringar. Kvinnene er ressurssterke og levde i hovudsak sunne og aktive liv, men var alle belasta for sjukdomen gjennom arv i nær familie. Å få hjarteinfarkt vart erfart som uhørt for fleirtalet av kvinnene og deira pårørande til tross for disposisjon.

**Konklusjon:** Kvinnene sine erfaringar kan tyde på at helsevesenet ikkje klarar å gi kvinner med hjarteinfarkt nok tryggleik til å kunne takle kvardagen vidare med kronisk sjukdom i den korte tida dei er innlagte på sjukehus. Kvinnene treng derfor tida og verktøyet til hjelp i kvardagen, som hjarterehabilitering kan gi. Gjennom ei erkjenning av behovet for obligatorisk rehabilitering når tilbodet alle.

**Nøkkelord:** Kvinner, hjarteinfarkt, erfaringer, meistring, sjukepleie.

**Abstract:**

**Background:** Women fear breast cancer but are much more prone to die from MI (myocardial infarction). There is still a lack of knowledge with regards to emotional challenges that confront women after acute treatment for MI.

**Purpose:** This study aims to increase knowledge about women treated for myocardial infarction and special problems confronting them. This new insight may contribute to a better understanding and care for women in the future.

**Material and methods:** Eight women are interviewed up to eight months after their treatment for MI using a qualitative methode.

**Results:** Women who had a feeling of illness before treatment have a better ability to deal with their situation afterwards compared to those who had felt completely healthy in advance. All women agreed that a stay at a heart rehabilitation center should be mandatory because of a feeling of insecurity and many unanswered questions after being discharged from hospital. Women are more inclined to discuss and share their feelings and experiences with each other than men and the rehabilitation center is a good environment to do this. All the women in this study came from a strong background and lived healthy active lives. All admitted they were completely unprepared for their experience even though they could have a disposition for MI.

**Conclusion:** The hospital stay in which patients are successfully treated for MI seems to be too short for women to find the security they need to meet daily life with a new disease that may be considered chronic. Women will benefit emotionally from more time in treatment to contemplate, in addition to physically from the resources a heart rehabilitation center can offer. This understanding may open for a mandatory offering to all women suffering an acute MI.

**Key words:** Women, myocardial infarction, experiences, coping, nursing.

---

<b>1.</b>	<b>INNLEIING .....</b>	<b>8</b>
1.1	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	9
<b>1.2</b>	<b>BAKGRUNN .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3</b>	<b>PLAN OVER STUDIET .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4</b>	<b>AVKLARINGAR.....</b>	<b>12</b>
<b>2.</b>	<b>TEORI SOM DANNER GRUNNLAGET FOR UNDERSØKINGA .....</b>	<b>14</b>
2.1	LAZARUS OG FOLKMANN SIN STRESS OG MEISTRINGSTEORI.....	14
<b>3.</b>	<b>TIDLEGARE FORSKING.....</b>	<b>17</b>
3.1	MYOCARDIAL INFARCTION (MI) MED BEHANDLING .....	17
3.2	KRITERIAR FOR DIAGNOSEN OG SYMPTOM PÅ MI .....	19
3.3	RISIKOFAKTORAR.....	20
3.4	BEHOVET FOR INFORMASJON.....	22
3.5	KVARDAGEN MED MI.....	23
3.6	MEISTRING .....	24
3.7	LIVSSTILSENDING OG ARBEIDSLIV.....	26
3.8	PSYKOSOSIALT PERSPEKTIV.....	28
3.9	OPPSUMERING .....	29
<b>4.</b>	<b>DESIGN OG METODE.....</b>	<b>31</b>
4.1	DESIGN .....	31
4.2	KRAV TIL VITENSKAPELEG KUNNSKAP .....	32
4.3	VALIDITET OG RELIABILITET .....	32
4.4	DET KVALITATIVE FORSKINGSINTERVJU.....	34

---

<b>4.5</b>	<b>UTVAL .....</b>	<b>35</b>
<b>4.6</b>	<b>INTERVJUGUIDE.....</b>	<b>37</b>
<b>4.7</b>	<b>TILGANG TIL FORSKINGSFELTET.....</b>	<b>38</b>
<b>4.8</b>	<b>GJENNOMFØRING AV INTERVJUET .....</b>	<b>39</b>
<b>4.9</b>	<b>ETISKE REGLAR FOR FORSKING PÅ MENNESKE .....</b>	<b>42</b>
<b>4.10</b>	<b>DATAANALYSE .....</b>	<b>45</b>
<b>5.</b>	<b>FUNN.....</b>	<b>52</b>
<b>5.1</b>	<b>KVINNENE FØR MI, KVEN VAR DEI?.....</b>	<b>53</b>
<b>5.2</b>	<b>Å FÅ SJKDOMEN MI.....</b>	<b>54</b>
<b>5.3</b>	<b>Å VINNE ATT HELSA .....</b>	<b>58</b>
5.3.1	<i>Søken etter tryggleik.....</i>	<i>58</i>
5.3.2	<i>Å ha kontroll.....</i>	<i>61</i>
5.3.3	<i>Å tru på seg sjølv.....</i>	<i>63</i>
5.3.4	<i>Kvinner og grensesetjing.....</i>	<i>64</i>
5.3.5	<i>Behovet for rehabilitering.....</i>	<i>66</i>
<b>6.</b>	<b>DRØFTING AV FUNN.....</b>	<b>69</b>
<b>6.1</b>	<b>KORLEIS ER DET FOR KVINNER Å BLI RAMMA AV MI? .....</b>	<b>69</b>
6.1.1	<i>Kvinnene før MI .....</i>	<i>69</i>
6.1.2	<i>Å få sjukdomen MI .....</i>	<i>73</i>
<b>6.2</b>	<b>KORLEIS VERT KVARDAGSLIVET PÅVERKA SOM FØLGJE AV MI? .....</b>	<b>77</b>
6.2.1	<i>Å vinne att helsa.....</i>	<i>80</i>
6.2.2	<i>Søken etter meining.....</i>	<i>84</i>
6.2.3	<i>Behovet for rehabilitering.....</i>	<i>86</i>
<b>6.3</b>	<b>IMPLIKASJONAR FOR SJUKEPLEIEPRAKSIS .....</b>	<b>90</b>

---

<b>7. KONKLUSJON .....</b>	<b>94</b>
<b>7.1 ANKEPUNKT I HØVE TIL EIGE STUDIE .....</b>	<b>96</b>
<b>7.2 FORSLAG TIL VIDARE STUDIE.....</b>	<b>97</b>
<b><i>LITTERATURLISTE .....</i></b>	<b>98</b>
<b><i>VEDLEGG, 6 .....</i></b>	<b>110</b>

## 1. Innleiing

Å erfare livstruande sjukdom, som hjarteinfarkt (MI), kan bety at du som menneske utsetjast for store redsler.

### **Ei kjensle av døden**

Ikkje nok pust, uutholdelege smerter. Oppkast og sveitte som blindar, dette er slutten. Hjelp! Blåljos til redninga der team av ekspertar overtar kroppen din. I skarpt ljøs saumfarast du utvortes og innvortes alt medan kateter og kanyler kjempar om tilgong på dine einemerke. Frå eine senga til andre bordet og tilbake igjen. Du er der, berre du veit ikkje. Lamma i døs av morfin og kvalmestillande. Travle alvorstyinga menn og kvinner arbeidar intenst for å redde ditt liv før dei går over til annans liv. Håp, store augo. Inga tid for tårer. Tre, fire dagar og brått heime igjen. Reparert, informert og klar til å gyve laus på kvardagen sine små og store utfordringar. Er du klar?

Dette studiet handlar om åtte kvinner sine erfaring i kvardagen etter behandling for MI.

Forteljninga innleiingsvis er glimt av erfaringar frå den akutte opplevinga av MI, fritt gjenfortalt etter samtalar med kvinnene i studiet. Symptoma kvinnene skildrar er frå eit hjarta som ikkje får nok oksygen frå sine kransårer (Otterstad, Platou, Mangschau og Endresen, 2002). Å få MI kan verke stort og eksistensielt, men er også kvardagsleg, i den forstand at det meste og viktigaste i livet skjer i kvardagen. Erfaringar på godt og vondt. Meistring ligg også i kvardagen, i måten me lever og tenkjer på i det daglege (Stubbhaug, 2008). Å vere hjartesjuk kan gi kjensle av å miste kontrollen over eige liv og MI kan vere kimen til utryggleik i kvardagen vidare. Andre kan sjå nye mulighetar til rikare liv etter sjelsettjande erfaringar. Menneske kan reagere ulikt på sjukdom. Noko tittelen på studiet ”på godt og vondt” gjenspeilar. MI grip inn i dagleglivet og kan setje nye betingelsar for livsutfoldinga på ei rekke område, ikkje berre for den som vert sjuk, men også for familie og venner. I tillegg kan sjukdomen få innverknad på arbeidslivet (Gjengedal og Rokne Hanestad, 2007).



---

Trass ulike erfaringar og muligheter har menneske etter behandling for MI, i dette studiet kvinner, det til felles at dei må basere seg på ei framtid som kronisk sjuke, då behandlinga for MI er symptomatisk og ikkje helbredande (Gjengedal og Rokne Hanestad, 2007; Mæland, 2006). Å vere kronisk sjuk kan definerast slik: Sjukdom som er irreversibel, konstant, tiltakande eller latent, eller svakhet som verkar inn på heile mennesket og deira omgiversar. Noko som fordrar omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebyggjing av vidare funksjonssvikt. Dette er ein definisjon opprinneleg av sjukepleiarane Curtin og Lubkin, oversatt av Gjengedal og Rokne Hanestad (2007, s. 13). Definisjonen er valt då han gir eit heilskapeleg syn på kvinnene og deira kvardagsliv i samspel med omgjevnaden.

## 1.1 Hensikt og problemstilling

Kvinner fryktar brystkreft, men MI er den sjukdomen flest kvinner døyrr av. Etter menopausen aukar faren for MI dramatisk. Trass i dette bilete visar det seg vere manglande kunnskap om kvinner og hjartesyjukdom. Tidlegare forskning er i hovudsak gjort på menn og hjartesyjukdom. Resultat frå studie på menn vert generalisert til også å omhandle kvinner (Schenk-Gustafsson, 2003). Sidan moglege kjønnskildnadar er lite undersøkt veit me heller ikkje nok om dei særskilte utfordringane kvinner møter i kvardagen med MI (Norekvål et al, 2007). Denne undersøkinga har derfor kvinner i fokus. I det inngår kunnskap om korleis MI påverkar kvinner og deira kvardagsliv sett frå kvinnene sitt ståsted. Studiet tar utgangspunkt i kvinnene sine erfaringar med å få diagnosen MI, og det å leve vidare i kvardagen etter behandling for MI. Åtte kvinner er intervjuar om deira erfaring med MI i i ulike stadie av rekonvalesens inntil sju månader etter infarkt.

Problemstillinga er: Korleis erfarar kvinner kvardagslivet etter behandling for hjarteinfarkt?

For å få svar på problemstillinga stillast følgjande forskingsspørsmål:

1. Korleis er det for kvinner å få sjukdomen MI?

2. Korleis vert kvardagslivet påverka som følgje av MI?
3. Kva informasjon hadde kvinnene om MI før dei sjølv vart ramma?

Hensikten med studiet er å auke kunnskapen om kvinner og MI slik at denne kunnskapen skal kunne bidra til betre forståing og oppfølging av kvinnene. Ei erkjenning av manglande kunnskap om kvinner og hjarteskjukdom har og resultert i ”*Women at heart*”. Ein profesjonsretta kampanje (European Society of Cardiology, 2005), som set fokus på meir og bedre forskning, og på det å auke lege og sjukepleiar si forståing om at hjarteskjukdom også rammer kvinner. Aksjonen ”*Gå rød for damer*” er ein publikumskampanje presentert for norske kvinner og menn med målsetjing om meir fokus på kvinner og hjarteskjukdom, fronta i 2007 av dåverande helseminister Sylvia Brustad (Landsforeningen for hjerte og lungesyke, 2007) (Risøe, 2005). Derfor vert eit viktig spørsmål kva informasjon kvinnene i studiet hadde om MI før dei sjølv vart ramma og om dei ulike kampanjane når fram?

## 1.2 BAKGRUNN

Tema for studiet kjem frå ein sjukepleiekvardag gjennom 22 år, ved sjukesenga på ulike avdelingar, også akutt hjartemedisinsk avdeling. Dei siste tre og eit halvt åra før masterstudie, som lærar og veileidar av sjukepleiarstudentar ved ein av våre høgskular. Eit spørsmål frå studentane var ”korleis ivareta akutt, kritisk sjuke pasientar og samtidig tenke heimkomst og rehabilitering. Kva treng pasientane vere kjent med når dei kjem heim”?

Sjukepleiarar er oftast iherdige og ynskjer det beste for pasientane. Det er ikkje uvanleg at me i informasjonsøyemed har forberedt oss grundig før samtalar med pasienten. Like ofte kan det bety at sjukepleiar går i medisinske lærebøker og finn fram utførleg kunnskap om korleis hjarta ser ut og regarerar på MI. Me ynskjer og å gi utfyllande informasjon om ulike risikofaktorar som feil livsstil kan bringe med seg. Dette er noko som er viktig då MI er ein livsstilssjukdom der pasienten sjølv kan bidra for å betre sine levekår (Mildestveit, 2008). Kva om den kvinnelege pasienten

framfor deg aldri i sitt liv har røykt eller sogar sjølv har undervist om korleis leve hjartesunt og lenge har skjønt farane ved usunn livsstil. Skal kvinna av høflighet, eller for ”å ta vare på sjukepleiar” finne seg i å høyre på kjent kunnskap og at sjukepleiar brukar opp kvinna si nøye tilmålte informasjonstid? Tida er verdifull og kjent for å vere travel på eit sjukehus. Kva med å lytte til pasienten, finne ut kor pasienten står før me set i gong med all vår informasjon? Kva treng i så fall informasjon og rådgeving bestå i? Kva treng sjukepleiar vere kjent med for å fremje meistring og livsmot hjå akkurat den pasienten og kva står på spel? Spørsmål eg som ”vaksen” sjukepleiar i aukande grad er open for og som dette studiet kan gi sitt bidrag til. Florence Nightingale var i stand til å sjå det frå den andre sida, lytte til den andre sin historie. Ho sa det slik: *”Det nyttet ikke for de syke å si noe, for rådgiveren er ikke opptatt av å få vite hvordan det virkelig står til med pasienten”* (Nightingale, 2003, s.101).

MI er rekna som den vanlegaste av hjarte og karsjukdomane og tidlegare forbundet med invaliditet og tidleg død. Ny forståing, nye medikament og behandlingsteknikkar har ført til målretta og i mange tilfelle helbredande resultat (Forvang og Rasmussen, 2005). Sjukdomen ramma tidlegare i all hovudsak menn ”i sin beste alder” og førte nok til at fagfeltet fekk høg status blant legar og sjukepleiarar. Symptoma var menn sine symptom, klemmande brystmerter med utstråling til venstre arm og hals (Otterstad, Platou, Mangscaus og Endresen, 2002 ). Kvinner fekk tidleg lære å gjenkjenne symptom på kransåresjukdom hjå sine menn og sønner. Utover på 70 talet gjekk kvinner i stadig større grad inn på mannen sine domene i samfunnet, også i utvikling av hjartesyjukdom. Det viste seg imidlertid å vere ein kjønnsforskjell. Kvinner får MI, men 10 -15 år seinare i livet enn menn. Dødeligheten hjå kvinner tilsvare dødeligheten hjå 10 år yngre menn. Akkurat som menn kan bli hjartesyjuk i yngre alder, kan kvinner også bli det. Ein veit ikkje årsaken til at kvinner i større grad vert ramma seinare i livet enn menn, men forskning tyder på biologiske, hormonelle og genetiske årsaker (Schenk-Gustafsson, 2003). Utfordringa når det gjeld kvinner er at dei oftare har uklare symptom. Symptom som ikkje vert forbundet med hjartesyjukdom, som revmatisme, problem med magen, stress, astma og plager frå

musklar og skjelett. Studie viser at kvinner kjem seinare til behandling enn menn. Det kan skuldast at kvinnene sjølve overser symptoma og at legar gjer det same (Løvlien 2001).

Det er grunn til å vere informert om MI, også for kvinner. I 2008 vart 20007 pasientar innlagt på grunn av MI. Av desse var 13290 menn og 6717 kvinner. Sjukdomen er den vanlegaste årsak til innlegging ved norske sjukehus (Statistisk sentralbyrå, 2009). I dag vert MI oftast behandla med trombolyse, ei blodpropp oppløysande behandling, eller PCI (Percutaneous Coronary Intervention) utblokking av koronararteriene, med kort liggetid i sjukehus (Eikeland, Gimnes og Holm, 2005). Overgangen frå opphald i sjukehus der det meste handlar om den medisinske behandlinga av MI, til å kome heim i eiga stove kan vere stor. Sjukdomen bringer med seg ulike spørsmål og om kvardagen der heime (Norlemann Holme, 2007). I denne undersøkinga er det kvinner sine erfaringar med alvorleg sjukdom som vert belyst og korleis dei meistarar leve med sjukdomen etter behandling for MI.

### **1.3 Plan over studiet**

Studiet er delt inn i 7 kapittel. Etter innleiinga vil eg i kapittel 2 gjere greie for begrepet meistring slik psykologane Lazarus og Folkman ser det. Kapittel 3 synar tidlegare forskning, som er relevant for problemstillinga. I kapittel 4 vert den metodiske tilnærminga med design og den kvalitative intervjumetode presentert. I kapittel 5 og 6 fylgjer funn og drøfting av funn. Kapittel 7 avsluttar studiet med ein konklusjon og forslag til vidare undersøkingar.

### **1.4 Avklaringar**

Det kunne truleg vore tjeneleg og naturleg å velge ein feministisk teori som bakgrunn for studiet, men dette har eg bevisst ikkje gjort. Kvinneperspektivet er vektlagt og gjennomsyrrar undersøkinga.

Eg nyttar høve under avklaringar til å gjere merksam på nye infarktkriteriar, som er endra til å omfatte fem typar hjartefarkt. Det fell ut av fokus for dette studiet å gjengi alle, men presiserar at kvinnene i dette studiet er alle under type 1 hjartefarkt, som er den "vanlege" typen hjartefarkt med plakkruptur (Halvorsen, 2006; The Joint ESC/ Acc Committee, 2000). MI tilhøyrer gruppa akutt koronarsjukdom og vil bli kalla myocardial infarction (MI), hjartesyukdom og kransåresjukdom i framstillinga.

Informantane er deltakarar ved to ulike hjarterehabiliteringssenter. Det er utanfor studiet sitt formål å skildre rehabiliteringssentrene eller samanlikna dei.

## 2. Teori som danner grunnlaget for undersøkinga

Studiet tar utgangspunkt i åtte kvinner sine erfaringar i kvardagen etter behandling for MI. For å kunne dra kunnskapsmessig nytte av erfaringane kvinnene deler, er det viktig å setje datamaterialet i eit vidare fagleg perspektiv, kaste ljøs over det, og i analysen tolka det ut frå vel eigna teoretiske rammer (Polit og Beck, 2008). Teori omkring meistring, alt det eit menneske foretar seg, uavhengig av om resultatet vert godt eller dårleg, på kort eller lang sikt dannar den teoretiske ramma kring undersøkinga (Lazarus og Folkmann, 1984).

### 2.1 Lazarus og Folkmann sin stress og meistringsteori

Begrunninga for å velge psykologane Lazarus og Folkmann (1984) sin teori om stress og meistring er at han set individet i fokus, som er utgangspunktet for dette studiet. Teorien handlar om psykologisk stress og kan i undersøkinga knyttast mot det å erfare alvorleg sjukdom.

Meistring definerast som: *”kognitive og adferdsmessige bestrebelsar som er under konstant forandring og søker å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav, som vurderes å være plagsomme eller overstride personenes ressurser”*(Lazarus og Folkman, 1984, s.141).

Lazarus og Folkman (1984) hevdar at utfallet av stress er basert på individet si oppleving av trussel, sårbarhet og mulighet for meistring i situasjonen. Stress basert på ytre situasjonar er vektlagt i mindre grad då måten menneske tolkar sitasjonen på vert sett på som viktigare enn sjølve situasjonen. Motivasjon vert framheva som avgjerande i høve til stress og følelsar. Dersom det ikkje er noko mål som står på spel er det inga grunn til stress (Lazarus, 2006). Ifølge Lazarus og Folkman (1984) er det tre tilnærmingar til korleis me vurderar og tolkar situasjonar på, gjennom primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. I primærvurderinga ser ein på situasjonen som enten irrelevant, positiv eller stressande. Dersom hendinga tolkast

---

som stressande, kan den opplevast som skadeleg, truande, eller utfordrande. Korleis personen evnar handtere skaden, trusselen eller utfordringen kjem inn i den sekundære vurderinga, der ein ser på muligheten for å lukkast, om ein klarar å redusere stress. Den tredje betegninga er revurdering og skildra av Lazarus og Folkman (1984) som ein effektiv meistringsstrategi. Ei revurdering baserar seg på ny informasjon frå omgjevnaden og er ei vurdering som følgjer ei ny vurdering og som modifiserar denne. Her kjem mennesket sin evne til meistring inn. Kvinnene i dette studiet har opplevd alvorleg sjukdom, noko som i seg sjølv primært kan vurderast som stressande, skadeleg og truande. Sekundært forsøker kvinnene finne måtar å handtere sjukdomen på, som reduserar stress. Auka kunnskap og god ivaretaking av tilstanden kan gi vurdering av situasjonen som mindre stressande. Kanskje kvinnene med tida lever godt med sin sjukdom og ikkje opplever noko form for stress. På den andre sida kan kanskje ei syster få MI, eller dødsfall i nær vennekrets kan medføre ei revurdering av tilstanden, som igjen kan innebere meir stress (Lazarus og Folkman, 1984; Lazarus, 2006).

Vår evne til meistring har betydning for korleis me handterer den aktuelle situasjonen med stress, med bakgrunn i kva ressursar me har å støtte oss til. I følge Lazarus og Folkman (1984) er det seks hovudgrupper av ressursar: Helse og energi, positiv haldning, evne til problemløysing, sosiale evner, sosial støtte og materielle ressursar. Viktigast er at du sjølv opplever at du kan handtera situasjonen og at erfaringa gir deg sjølvtilit, som styrkar trua på at du har kontroll over opplevinga av ubehag.

Hovudfunksjonen ved meistring er todelt, ein problemfokusert og ein følesesfokusert del. Den problemfokuserte handlar om kva som må gjerast for å endre den problematiske relasjonen mellom personen og miljøet. Den problemfokusert strategien vert ofte valt når eit menneske i sekundærvurderinga meiner han har gode sjansar for å meistre situasjonen, den subjektive vurderinga av å lukkast spelar såleis ei sentral rolle. Å velje ein problemfokusert strategi kan derimot vere vanskeleg dersom mennesket kjenner seg sterkt trua, som vist i innleiinga under "ei kjensle av

døden". Å bearbeide dei kjenslemessige sidene ved MI kan derfor framstå som vesentleg ved problemfokusert meistring (Lazarus og folkman, 1984; Lazarus, 2006).

Den følelsesfokuserte funksjonen er retta mot reguleringa av kjensler, knytta til stressa situasjonar eller trusselbilete, framfor å endre sjølve situasjonen. Kjenslene kan vere å unngå tenkje på det som er besværleg, flykte frå situasjonar eller unnvike det problematiske. I bestemte situasjoner kan nekting vere hensiktsmessig, men ved akutt MI kan nekting vere direkte farleg då ei forsinka behandling kan få fatale konsekvensar. Dersom ein ikkje kan handle rasjonelt eller situasjonen er ukontrollerbar kan nekting eller liknande formar for forsvarsmekanismar vere naudsynte og effektive strategiar for å unngå unødige stress. Nekting under sjukehusinnleggjing for MI kan vere til eit gode då redsel og overdreven frykt for brå død kan auke stressnivået og truleg hindre kvinna i å gjere aktivitetar som støttar betring. Dette synet på forsvarsmeknismar står i kontrast til psykoanalytisk teori, der oppfatninga av forsvarsmekanismar og meistring er adskilt. I psykoanalyse vert forsvarsmeknismar skildra som inneffektive strategiar og meistring sett på som effektivt for eit velfungernde ego (Lazarus og folkman, 1984; Lazarus, 2006). Lazarus (2006) legg vekt på at me ikkje skal blindast til å tru at den eine meistringsstrategien, ofte den problemfokuserte, treng vere nyttigare enn den følelsesfokuserte. Alt avhenger av situasjonen og individet sjølv. Ofte brukar me begge meistringstrategiar og samspelet dei i mellom er avgjerande for om meistringa er virksam eller ei.



### 3. TIDLEGARE FORSKING

Det er søkt i databasene: Pubmed, Cochrane, Cinahl og SveMed. Følgjande engelskspråkelege søkeord er i hovudsak nytta: myocardial infarction, PCI, symptoms, riskfactors, women, female, after, quality of life, recovery, social support, health, well-being, coping, information. Følgjande norske søkeord er i hovudsak nytta: hjarteinfarkt, PCI, symptomar, risikofaktorar, kvinner, middelaldrande, etter, livskvalitet, recovery, sosial støtte, helse, velvære, meistring, kronisk sjukdom, informasjon. Søkeord er kombinerte etter gjeldande reglar i valte databasar. Ulike faglege tidsskrift i papirformat, samt aktuelle fagbøker er og brukt.

For å setje ljøs på erfaringar omkring alvorleg sjukdom er litteraturgjennomgangen satt saman heilskapeleg av fysiske, psykiske og sosiale sider av tidlegare forskning, vurdert til å kunne ha verdi for kvinner med MI.

#### 3.1 Myocardial infarction (MI) med behandling

MI er resultat av at ein blodpropp eller åreforkalking stoppar blodstrøymen i ei kransåre. Hjartemuskelen får ikkje nok blod og eit infarkt kan oppstå. Infarkt kan ramme større eller mindre område av hjartemuskelen avhengig av kor blokkeringa sit og om kransåra vert tetta heilt igjen eller ikkje. Ved transmurale infarkt går skaden gjennom heile hjartemuskelen og forårsaker ST- elevasjon på eit elektrokardiogram (EKG). Ved ikkje transmurale infarkt sit skaden på innsida eller på utsida av hjartemuskelen og forårsaker eit såkalla Non ST- elevasjonsinfarkt. Blant fagfolk er det vanleg å dele MI inn i Non elevasjon myocardininfarkt (NSTEMI) og ST-elevasjon myocardininfarkt (STEMI) (Stokkland, 2005). Ei endeleg bekrefting på diagnosen får ein først ved koronar angiografi, der kransårene vert framstilt ved hjelp av kontrastvæske og røntgen (Mæland, 2006).

Hjartekrampe (Angina Pectoris) kan oppstå ved fysisk aktivitet, uro, engstelse, spenning, varme og kulde. Smertene kan sitje over brystet, stråle ut i arm og kjeve og

kjem fordi hjartemuskelen ikkje får nok oksygen (Stokkland, 2005). Koronar angiografi er viktig for å anslå mogleg prognose ved hjartekramper. Det er vanleg oppfatning at hjartekramper før eller seinare vil føre til MI. Dette er ikkje rett sjølv om pasientar med hjartekramper har klart høgare risiko for MI enn andre menneske (Mæland, 2006).

Det er ulike behandlingsprinsipp ved MI. Ved NSTEMI er nødvendigheten for revaskularisering av kransåra mindre akutt. Ein kan eventuelt nytte ei medikamentell form for behandling. Ved STEMI kan behovet for rask gjenopning av lukka koronarkar vere stor. Ved trombolytisk behandling brukar ein fibrinolyse, eit medikament for å løyse opp eller øydeleggje tromben. Ved PCI eller angioplastikk føres eit kateter gjennom ei åre ved händleddet eller via lysken og vidare inn i kransårene. Ved å setje inn kontrastvæske (angiografi) ser ein kransårene med eventuelt okkludert område. For å holde kransåra open kan det leggst inn ein stent, eit metallgitter forma som ein sylinder, som etterkvart veks inn i åreveggen. Kvinnene (8) som er med i undersøkinga fekk PCI behandling. Koronar bypass operasjon er ein anna behandlingsmulighet, (Mæland, 2006) men ikkje vidare omtalt då ingen av kvinnene vart opererte.

Primær PCI er dei fleste stadar i Noreg første val som behandling ved STEMI når transport tida behandlingsstad er under 90 minutt (Van de Werf et al, 2008). Kvinner har betre langtidsprognose (5 år) ved akutt PCI med stenting i høve til menn (Mueller et al, 2002). Under utgreiinga på sjukehuset viser ein undersøkelse av over 12 000 pasienter fra 28 land innlagt med akutt koronarsyndrom at kvinner sjeldnere blir sendt til koronar angiografi. Dei som ble undersøkt, fikk imidlertid i like stor grad som menn utført perkutan koronar intervensjon eller karkirurgi (Anand SS, Xie CC, Mehta S et al, 2005). Under den europeiske hjertekongressen i 2005 vart det framlagt data som viste at ved stabil angina pectoris ble færre kvinner enn menn henvist til angiografi etter positiv iskemitest. Kvinnene som ble henvist, hadde mer alvorlig sykdom og var meir plaga enn mennene (Daly CA, Clemens F, Sendon JL et al, 2005).

## 3.2 Kriteriar for diagnosen og symptom på MI

For at diagnosen MI skal kunne setjast krevst eit klinisk bilete på MI som talar for infarkt, typiske EKG forandringar og/eller stigning på biomarkøren Troponin T, som er sensitiv og spesifikk for myocardnekrose (Eikeland, Gimnes, og Madsen Holm, 2005). Det kan synast enkelt å fastslå diagnosen for ein sjukdom med så bestemte diagnose kriteriar som MI, men er ikkje uproblematisk i praksis. Då det er i møtet mellom pasient og helsepersonell ulike symptom skal forklarast og sjukdomen forståast. Pasienten sine symptom ved MI kan variere. Typiske infarktsmerter er vanlegvis lokalisert midt i brystet med utstråling til hals, armar eller i abdomen. Smertene er ikkje respirasjonsavhengige og karakteren er klemmande eller sviande, sjeldan stikkande. Varigheten er minst 20 minutt og smertene er sterkare enn ved vanleg anginanfall. Ledsagande symptom som kvalme, oppkast, kaldsveitte, angst og tungpust er ikkje uvanleg (Otterstad et al, 2002). Brystmerter er det mest vanlege symptom hjå både kvinner og menn (Berg, Björk, Dudas, Lappas, Rosengren, 2009; Patel, Rosengren, Eckman, 2004). MI kan også opptre utan symptom, såkalla stumme infarkt. Kvinner har høgare andel stumme infarkt enn menn, og for begge kjønn er morbiditet og mortalitet høgare ved stumme infarkt (Wingate, 1995). Sjukdomsbilete er ofte prega av at fleire kvinner enn menn har atypiske symptom, rapportert som svakhet i kroppen, uvanleg trøytleik, hjartebank, dyspepsi og nummenhet i fingrane. Symptom som ikkje stemmer med det vanlege bilete på MI eller slik dei vert skildra i lærebøkene. Mange pasientar utset å kontakte lege når symptoma oppstår. Dei håpar i det lengste at symptoma skal gå over av seg sjølv og ynskjer ikkje vere til bry. Kvinner er meir forsiktige med å søkje helsevesenet enn menn. Det kan skuldast at MI ofte vert sett på som eit mannleg fenomen og at kvinner sin kunnskap om hjartesyjukdom i stor grad byggjer på menn sine erfaringar. Det kan føre til bagatellisering av egne symptom og fleire kvinner inntar ein ”vent og sjå” haldning (Løvlien, 1998, 2001; Devon et al, 2008). Atypiske symptom kan bidra til at tilstanden vert vurdert som ikkje alvorleg nok frå helsevesenet si side og kan føre til forsinka behandling. (Løvlien, 2001; Melberg, Thoresen, Hansen og Westheim, 2005). Eit svensk studie viser at kvinner sine anrop etter ambulanse fekk meir sjeldan

fyrste hjarteprioritet samanlikna med menn. Tolkningen var at kvinner ikkje er så sjuke som menn, og at kvinnene sine symptom var vanskelegare å erkjenne (Schenck-Gustafsson, 2003). Andre forsinkande faktorar kan vera måten pasienten formulerar sine symptom på. Ordleggjinga kan avvike sterkt frå faguttrykka helsepersonell brukar og kan forvekslast med til dømes stress og plager frå muskel- skjelettsystemet. Helsepersonell kan gløyme at deira medisinske begrepsapparat ikkje er allemannseige (Løvlien, 2001).

### **3.3 Risikofaktorar**

Dei faktorane som aukar risikoen for å få MI er også av betydning etter at sjukdomen er blitt eit faktum. Kjønn, alder og arv er risikofaktorar den enkelte ikkje kan påverke sjølv (Mæland, 2006).

Det er påvist ei rekke risikofaktorar for utvikling av hjarte og karsjukdomar. Desse er lipider, røyking, hypertensjon, abdominalfedme, diabetes, psykososialt stress, fysisk inaktivitet, forbruk av frukt og grønnsaker, og alkohol (Yusuf et al, 2004). Høgt serum kolesterol er den viktigaste risikoen for MI. Ikkje uventa då aterosklerose saman med trombose utgjer dei grunnleggjande patologiske faktorane for utvikling av koronarsjukdom. Trioen høgt serumkolesterol, tobakksrøyking og høgt blodtrykk er tilsaman dei klassiske kardiovaskulære risikofaktorane kjent i dag.

Diabetes og serumtriglyserider er sterke årsaker til MI hjå kvinner. Røyking er likevel den viktigaste risikofaktor for koronarsjukdom blant yngre kvinner (Njølstad og Arnesen, 1998; Njølstad, 2007). Med kvinneperspektivet som utgangspunkt er fokus vidare på røyking og metabolsksyndrom.

Andelen dagleg røykarar blant menn er redusert betydeleg. I seinare tid ser ein også denne endringa i røykemønster hjå kvinner noko som er positivt då kvinner taper dobbelt så mange leveår ved å røyke samanlikna med menn. Ei rekke av risikoane rundt kvinner og røyking har samanheng med faktorar som er spesielle for kvinner, graviditet, klimakteriet og bruk av p-piller. Fram til overgangsalder er kvinner lite

---

utsatt for hjarteinfarkt i høve til menn. Kroppen sin naturlige produksjon av kjønns hormonet østrogen, ser ut til å gi ein beskyttande effekt. Når ei kvinne røyker, mister ho denne helsegevinsten. I tillegg har kvinner mindre hjarta, smalare kransårer og mindre lungevev, men kan røyke like mykje som menn. Ofte byrjar jenter å røyke tidleg, da dei fleste som vert daglegrøykere vert det før fylte 20 år. Dei mest røyke relaterte sjukdomar, som kreft og hjartesjukdom visar seg ofte hjå kvinner allereie i 40 års alder, i ein alder då kvinner framleis kan ha små born eller tenåringar i heimen. Andelen røykarar av kvinner er høgast blant kvinner mellom 35-64, og absolutt høgast i gruppa 45-54 år, dei middelaldrande (Njølstad og Arnesen 1998; Bolinder, 2003).

Det er klar trend i befolkninga på aukande kroppsvekt, samstundes ser ein ei tendens til metabolsk syndrom med insulinresistens, dyslipid og diabetes. Tidlegare la ein vekt på klare behandlinggrenser på blodtrykk og kolesterolnivå. I dag viser det seg best å tilstrebe ei samla vurdering av personen sin risikostatus. Kjennskap til familiær forekomst, lipidprofil, blodtrykk, røyke og mosjonsvaner og diabetes vil gi godt grunnlag for ei slik vurdering (Klemsdal, Tonstad, og Hjertmann, 2004; Graff-Iversen et al, 2007).

Forebygging og kontroll av risikofaktorar hjå begge kjønn dei siste tjue år er minst halvparten av årsaka til lavare dødsfall av koronarsjukdom. Studie frå USA visar at nedgongen går seinare for kvinner enn for menn. Ei årsak kan vere at legar vurderar kvinner med same risikoprofil som menn til å ha lavare absolutt risiko for hjartesjukdom (Mosca et al, 2008). Noko som samsvarar med eit norsk studie som viser at kvinner ikkje alltid når fram hjå lege med sine bekymringar for mogleg hjartesjukdom. Legar overser kvinner sin riskiko for hjartesjukdom sjølv om kvinnene kunne vise til kjent familiærhyperkolesterolemi (Frich, Malterud, og Fugelli, 2006). Ei annan årsak kan vere at informasjonen ikkje når ut til dei som treng han mest. Noko eit amerikansk studie fortel meir om: Ein viktig risikofaktor hjå yngre kvinner viser seg vere familiehistoriar med tilfelle av MI i ung alder hjå andre i familien. Sjølv om slike faktorar auka risikoen for hjartesjukdom gjer yngre kvinner

mindre enn menn for å forebyggje risikoen for hjarteskjukdom. Livsstilsvaner som røyking, usunn mat og det å unnlate og trene, var vaner kvinnene endra sjeldnare enn menn. Det amerikanske studiet konkluderte med at det må fleire tiltak til for å spre informasjon om risikofaktorar i nettopp denne gruppa (Patel et al, 2007). Ei årsak som kvinnene oppgir er at mediaoppslag gir uklar informasjon om betydningen av hjarteskjukdom hjå kvinner (Mosca et al, 2008). Ein utilsikta effekt ved massiv helseinformasjon om risikofaktorar er at ein kan leggje stein til byrden for den enkelte ved å fremje eksistensiell angst og dermed skape sjukdom informasjonen var meint å forebyggje (Getz 2006; Kirkengen, Getz og Hetlevik, 2008).

### **3.4 Behovet for informasjon**

Menn og kvinner taklar rolla som pasient ulikt. Unge, velutdannede kvinner er minst fornøyd med sykehusoppholdet. Det kan ha å gjere med at kjønnsrollene er endra ute i samfunnet, men ikkje i like stor grad innanfor sjukehuset sitt hierarkiske system. Derfor føler ikkje denne pasientgruppa at dei blir høyrte i like stor grad som ellers i samfunnet. Der eldre kvinner inntar ei meir passiv pasientrolle enn menn, ynskjer yngre kvinnelige pasienter ei meir aktiv rolle. Yngre kvinner stiller like store krav som menn til å verta handsama respektfullt, informert og ha reell medinnflytelse. Aktiv deltaking og full informasjon er av betydning for pasienttilfredsheten, og det å verta høyrte er viktig (Foss og Hofoss, 2004).

Mange meiner informasjon gitt på sjukehuset er lite tilfredsstillande i høve til det å meistre kvardagen etter utskriving. For å kunne bevege seg frå sjukdom mot helse kan det synast som om pasienten treng meir individuell tilpassa informasjon retta mot kjønn, alder og sosiokulturell bakgrunn. Pasienten tykkjer dei får mykje informasjon om røyking (enten dei røyker eller ikkje), deretter kva eit MI er, og om årsaker til sjukdomen. Kva som skjer etter infarktett vert det informert mindre om. Seksuell aktivitet, problem som angst, depresjon og irritabilitet og om arbeid og livsstil er savna informasjonsområde. Bruk av medisiner likeså. Også pårørende rapporterer ynskje om betre og meir heilskapeleg informasjon, iser om kvardagslivet (Martinsen,

---

2004; Norlemann Holme, 2007; Norekvål, 1998; Onstad, 1991; Torjesen og Smeby Aarhus, 2001).

Vanleg oppfølging etter utskriving for MI består av ein poliklinisk undersøking etter seks veker og oppfølging vidare av fastlege. Alle skal vere informert, men det viser seg ofte at informasjonen ikkje vert fordøyd under sjukehusopphaldet. Eit studie såg på opplevd livskvalitet hjå menneske med MI tre til fem månader etter infarkt der kyndige sjukepleiarar ringte ukentleg heim til pasientane tre og fem månader etter infarkt. Eit tilbod som gjorde at dei fekk svar på spørsmål dei ikkje visste dei hadde før kvardagen var der. At nokon ringte oppfattast som ein lettelse. Mange var redde for å stille fastlegen spørsmål dei frykta var dumme eller utan betydning.

Hjartetelefonen auka motivasjonen til endring av livsstil. Etter 18 månader var de ingen forskjell i livskvalitet mellom dei som fekk tilbodet og dei som fekk annan oppfølging (Hanssen, 2009).

### **3.5 Kvardagen med MI**

Å kome heim igjen etter gjennomgått MI treng ikkje vere berre godt. MI kan gi kjensler av emosjonell ulikevekt, trøytaleik og avmakt, som pasientane ikkje var innstilte på (Cullberg, 1994; Eide og Eide, 2007). Fleire studie viser at kvinner kjenner på nedsatt livskvalitet rundt eiga helse, både fysisk og psykisk etter MI i høve til menn (Brink, Karlson og Hallberg, 2002; Devon et al, 2008; Norris et al, 2004; Wickholm og Fridlund, 2003). Eit studie viser at både kvinner og menn opplever dårlegare livskvalitet 2.5 år etter MI i samanlikning med andre utan infarkt (Pettersen, 2008). Norekvål et al (2007) har samanlikna korleis kvinner erfarar sin livskvalitet frå tre månader til fem år etter MI, med kvinner i den øvrige befolkning. Kvinnene med MI er plaga av ulike symptom på kardiovaskulær sjukdom (CVD), som influerar på deira daglege aktivitetar. Kvinnene er signifikant mindre fornøgde med eiga helsetilstand enn det kontrollgruppa rapporterar. Likevel hevdar Norekvål et al (2007) at kvinnene ikkje har det dårlegare psykososialt enn det andre kvinner ser ut til å ha,

sjølv om helsa oppleves dårlegare. Ein årsak kan vere at kvinner med alvorleg sjukdom omprioriterar og legg andre verdiar til grunn for kva som er viktig i livet.

Ulike kvalitative studie viser at menneske med kroniske sjukdomar, som slag, erfarar kjensler av tap og sorg. Kroppen som tidlegare var til å stole på er no til hinder for normal livsførsel og gir grunnlag for uvisse og mangel på tryggleik i kvardagen (Kvigne, 2004; Heggdal, 2008). Eit svensk studie undersøkte korleis kvinner erfarte å få sjukdomen MI. Samsvarande med studie om slaggramma kvinner vart det hevda at kvinnene i det studiet også erfarte kjensler av tap og uvisse knytta til ein kropp i endring (Johansson, 2005). Heggdal (2008) skildrar det å forstå sin eigen sjukdomsprosess som kroppskunnskaping. Ein teori om korleis menneske kan kome til ei forsoning med sin sjukdom. Noko som er funnet også i andre studie om kvinner med alvorleg sjukdom (Heggdal, 2008; Johansson, 2005; Kvigne, 2004) og syner likhetar til studie om livskvalitet.

Prognosen etter MI vert i fyrste rekke bestemt av størrelsen på infarkt og utbreiinga av koronarsjukdomen (Stokkland, 2005). Tidleg diagnose og rask behandling er ofte avgjerande og "the golden hour" er derfor blitt eit begrep innanfor behandlinga av MI. (Boersma, 1996). Kvinner kan ha større grunn til redsle i kvardagen enn menn då det ofte viser seg at dei har gått med sjukdomen lengre, kjem seinare til behandling, kan få dårlegare behandling og i motsetnad til menn oftare vert lagt på vanleg sengepost istadanfor på hjarteovervåkingsavdelinga, der menneske med MI fortrinnsvis skal vere (Scenck Gustavsson, 2003).

### **3.6 Meistring**

Meistring av stress vert sett på som viktige faktorar i høve til livet etter MI. Det er individuelle skilnader i mestringsprosessen. Den kjente sosiologen Antonovsky (1991, 2000) hevdar opplevinga av meaning, begripeleghet og håndterbarhet i situasjonen er avgjerande for korleis ein taklar situasjonen. Dersom ein klarar å sjå samanheng i det som skjer kan ein ha gode evner til å meistre livet. Han vektlegg det



---

han kallar motstandsressursar. Graden av ressursane og deira innflytelse kan hindre stress. Generelle motstandsressursar kan vere fysiske, biokjemiske, kognitive, etiske og mellommenneskelge hjå individ, grupper og i subkulturar. Psykologen Bandura (1997) legg vekt på det å tru på seg sjølv og eigne evner i høve til opplevinga av meistring. Professor i sjukepleie Benner og klinisk professor Wrubel (2001) hevdar stress er samanbrot i vår vanlege måte å virke på og at målet med meistring er å finne tilbake til meininga i tilværet. Benner og Wrubel (2001) framhevar at helse og sjukdom er ein heilskap, som ikkje kan skiljast i kropp og sjel og kan heller ikkje sjåast adskilt frå samanhengen eit menneske står i.

Ein review over 41 artiklar publisert i tida 1990 til 2002 skildrar korleis kvinner og menn meistrar tida etter MI. Kvinner brukar fleire og meir ulike meistringsstrategiar samanlikna med menn, ofte passive meistringsstrategiar, som depressive reaksjonar, benekting og skam (Kristofferzon, Løfmark og Carlsson, 2003). Kvinner, særleg dei under 60 år, reknar ikkje med å få MI. Derfor kan det ta lang tid før kvinnene forstår alvoret i sin nye livssituasjon (Løvlien, 1997, 2001). Kvinner brukar husarbeid for å gjenvinne helse. Iser dei eldre kan sjå husarbeid og ansvar for familien som kilde til rehabilitering etter MI. Menn derimot involverar sine ektefeller i større grad i gjenvinning av helsa (Kristofferzon, Løfmark og Carlsson, 2003).

Tidlegare tok familien sjølv hånd om sine sjuke. Utover på 1900 talet vart det meir naturleg at sjukehus og institusjonar overtok ansvaret slik at familien kom meir i bakgrunnen. I dag skjer det igjen ein aukande grad av pleie og omsorg i heimane då tida for innlegging på sjukehus er korta ned. Familien kan ha både positiv og negativ innverknad på korleis den einskilde meistrar sin sjukdom (Kirkevold, 2001).

Svedlund og Danielson (2004) har fokusert på erfaringar i kvardagslivet etter akutt MI hjå kvinner i alderen 47 til 57 år og deira partnarar 3 og 12 månader etter MI. Studiet viser mangel på verbal kommunikasjon mellom partane. Kvinnene fann det vanskeleg å dele tankar med menn og mennene fortalte ikkje om sine kjensler eller sa noko om infarkt for dei var redde for å opprøre kvinnene. Kvinnene var forsiktige med å uttrykke kjensler fordi dei ikkje ville oppfattast som sutrete eller misnøgde av

familien. Likevel hevdar partane at dei følte korleis den andre hadde det. Nokre par opplevde enseimnd då dei ikkje var i stand til å dele kjensler og erfaringar omkring ein ny livssituasjon. Mennene tok del i husarbeid og såg til at kvinnene ikkje gjorde meir enn dei burde. Dei var redde for at kvinnene skulle få brystsmerter eller nytt MI dersom dei jobba for mykje. Kvinnene følte uansett dei måtte ha kontrollen og vise kva som skulle gjerast. Fleire kvinner gav uttrykk for at dei var lei av at mennene var så forståelsesfulle og overbeskytta dei. I høve til framtida hadde kvinnene og deira partnarar håp, til tross for endra og begrensa livssituasjon på grunn av alvorleg sjukdom.

### **3.7 Livsstilsendring og arbeidsliv**

Sjølv om dødeligheten av CVD er redusert, har antalet innlagte pasientar i sjukehus med symptom på CVD auka, noko som mest sannsynleg set sitt preg på kvardagslivet (Reitsma et al, 1999). Livsstilsendring er derfor ein av hjørnesteinane for behandling av hjarte- og karsjukdomar i tillegg til medikamentell behandling. Mosjon, hjertesundt kosthald, røykekutt og meistring av stress er alle viktige komponentar i moderne hjarterehabilitering. Dersom menneske med hjartesyjukdom skal kunne oppnå helsegevinst er det viktig at endringar vedlikeholdast over lang tid. For å motivere til livsstilsendring og tilbakeføring til arbeidslivet er fire ukers hjarterehabilitering i aukande grad anbefalt internasjonalt, etter behandling og i stabil fase for opptrening (etter fire veker for PCI). Samanlikna med tida på sjukehus i akutt fase kan muligheten for endring auke under rehabiliteringsopphald, som foregår over ein lengre tidsperiode (Grimsmo, 2009; Sæterhaug, 2004). Det er og viktig at endringane i livsstil vert opprettholdt for at dei skal ha noko effekt. Eit studie om hjarterehabilitering viser korleis motivasjon i høve til endringar i kosthald, mosjon, røyking og arbeidsevne, viser samanheng med psykisk helse. Pasientar som ikkje betra sin psykiske tilstand, klarte heller ikkje leggje om til meir hjertesunn livsstil og hadde meir redusert arbeidsevne. Pasientar som klarte å endre sine levevanar rapporterte om høg grad av indre styrt motivasjon. Røykarar og dei som rapporterte

---

stor grad av angst, depresjon og irritabilitet var i mindre grad i stand til å endre livsstil. Resultatet vart at røykarar og dei med psykiske vanskar bør få ei meir målretta oppfølging etter MI (Mildestvedt, 2008).

Eit studie frå Sverige kan vise til andre resultat etter stressmeistringskurs blant kvinner under 65 år. Funn derifrå visar at slike kurs har effekt ikkje berre på angst og livskvalitet, men også på sjukemelding, uføretrygd og akutt innleggjing etter 5 år (Andersson et al, 2008).

Sjølv om studier på hjarterehabilitering kan vise til god dokumentasjon på effekt vert det antatt at mindre enn halvparten av dei som har behov for det er henvist til eller deltar på rehabiliteringprogramma (Grimsmo, 2009 ). Truleg har kardiologar og sjukepleiarar som arbeider med hjarteskjuka menneske noko å lære frå kreftomsorga? Der dei allereie på 90 talet innsåg at det å ”kaste” pasientane ut i ”det store intet” etter utskriving frå sjukehuset var uakseptabelt med tanke på alle spørsmåla om kvardagslivet? ”No er det berre å vente til neste kontroll og sjå korleis det går. Kva kan ein gjere i mellomtida, kva med dei pårørande, borna, jobben”? Erfaringar frå kreftomsorga viste tidleg at behandlarane var lite flinke til å forberede pasientane på denne fasen slik at pasientane sjølve måtte ta styringa. Noko ikkje alle pasientane hadde krefter, vilje eller såg seg i stand til å gjere. Såleis har kreftpasientar ofte eit bedre tilbod når det gjeld rehabilitering etter den akutte fasen enn andre pasientar, især kvinner med MI, ser ein på rapporten under. Grunntanken bak tidleg rehabilitering er at auka kunnskap om eigen situasjon gir betre tryggleik og meistring (Skarstein, 1998).

Det er enno få studier på kor mange som har behov for og kor mange som får tilbodet om hjarterehabilitering i Noreg (Walde og Sirnes, 2006). Kvinner har mest å hente på hjarterehabilitering i høve til velvære, livskvalitet og forlenga levetid. Likevel får ikkje kvinner automatisk tilbod om rehabilitering frå helsepersonell. Dei må ofte sjølv ta initiativ om henvisning. For mange kvinner vert ikkje livssituasjon tatt på alvor, slik at rehabilitering ikkje vert sett på som eit alternativ (Ståhle, 2003). Funn i eit svensk studie viser at kvinner som er henvist til hjarterehabilitering, har høgare

utdanning enn gjennomsnittet for svenske kvinner. Tilbodet om rehabilitering når ikkje alltid fram til dei som treng det mest, nemleg kvinner i dei lavare sosiale lag (Andersson et al, 2008).

### **3.8 Psykososialt perspektiv**

MI har tidlegare vore assosiert med effektivitet og suksess, eit bilete som er i endring då den einskilde i aukande grad er ansvarleg for eiga helse. Noko som gjev seg utslag i at menneske frå høgare sosiale lag oftast endrar livsstil i gunstig retning i tråd med alminneleg helseopplysning. I dag meiner ein å finne høgast forekomst av koronarsjukdom i såkalla lavare sosiale grupper. Sosial klasse vert ofte omtalt som ein type risikofaktor, men samanhengen er ikkje eintydig. Hittil har det vært mindre reduksjon i andel dagleg røykarar med lav utdanning/inntekt enn blant dei med middels og høg utdanning/inntekt. Det er grunn til å gå ut fra at denne helseindikatoren sterkare enn øvrige risikofaktorer reflekterer underliggjande sosioøkonomiske skilnader (Lund og Lund, 2005; Njølstad og Arnesen 1998; Njølstad, 2007).

På tross av ulike kampanjar viser forskning at det framleis er slik at norske kvinner og menn assosierar hjartesjukdom med usunne menn. Gjerne foretningsmenn eller drosjesjåførar. Iser kvinner støytar på hindringar i høve til diagnose og behandling av hjartesjukdom. Dette kan skuldast at også legar har stereotype oppfatningar om at hjartesjukdom først og fremst rammar menn (Frich, 2008).

Forsking viser at allmennlegar ofte kjem til kort i møte med pasientar med fedme, og overvektige kan risikere møte stigmatiserande holdningar hjå hjelparen. Forakt for svakhet, kan iser gå utover menneske med overvekt og grensa mellom det som er fordommar og legitime helseargument er ikkje alltid enkelt å sjå. Det finst empirisk dokumentasjon på at krenking og avmaktserfaring har vesentlege patogenetisk betydning. Å kjenne seg feil, uønska og fylt med sosial skam kan påverke menneske både psykisk og fysisk. Alvorlege krenkingar set spor og kan gi utslag i ulike

---

helseproblem, som kan assosierast med risiko for hjartesyjukdom. Slik som fedme, høgt blodtrykk, tidleg menopause, angst, depresjon og kronisk smerte (Getz, 2006, Kirkeng, Getz og Hetlevik, 2008).

### 3.9 Oppsummering

Litteraturgjennomgangen viser at både kvinnene og helsevesenet fortsatt har manglande forståing for at kvinner kan vere hjarte og karsjuke. Eldre data viser at kvinner ofte kjem seinare til behandlingen for MI enn menn, kan få dårlegare behandling, kjenner på meir nedsatt livskvalitet i kvardagen, brukar negative meistringsstrategiar og vert i mindre grad enn menn søkt inn ved hjarterehabilitering, sjølv om forskning viser at kvinnene har mest igjen for å delta. Likevel kjenner mange kvinner på betre livskvalitet når det gjeld psykososiale forhold etter MI, noko som kan tyde på at kvinner omprioriterar og trekk fram det som gjev livet gleder.

Mitt anliggende i dette studiet er å finne nyare data omkring kvinner og hjartefarkt, om bilete presentert over er i endring. Derfor spør eg kvinner i arbeidsfør alder om kva erfaringar dei har omkring det å få MI og korleis sjukdomen har påverka deira liv. Det er også av interesse å vite meir om kva informasjon kvinnene har å lite på i kvardagen. Tidlegare forskning viser at ulike kampanjer ikkje har nådd heilt fram til dei som treng kunnskapen mest, nemleg dei av kvinnene, som gjennom arv kan vere mest utsatt for MI. Det er og antyda at iser yngre kvinner er mindre nøgd med informasjonen gitt på sjukehuset i høve til eldre kvinner. Eit interessant spørsmål er derfor om kvinner har meir kunnskap om sin situasjon omkring MI i dag?

Ser ein til sjukepleieforskinga i Noreg er studie om kvinner si erfaring i kvardagen etter behandling for MI begrensa (Norekvål et al, 2007). Hovudtyngda er undersøkingar på hovud og masternivå (Martinsen, 2004; Norekvål, 1998; Onstad, 1991; Sandsbakk Austarheim, 2006). Mona Løvlien er saman med Tone Norekvål to sjukepleieforskarar som har funne interesse for kvinner og MI. Både Norekvål et al

(2007) og Løvlien (1997) oppfordrar til vidare studier om kvinner og MI, iser med vekt på kvinner sine erfaringar i kvardagslivet etter behandling for MI.

Nyare forskning på doktorgradsnivå omkring MI og kvardagsliv i Noreg ser ut til å vere spørreskjema om livskvalitet (Hanssen, 2009; Norekvål et al, 2007; Pettersen, 2008). Kun eitt av studiene er om kvinner (Norekvål et al, 2007). Livskvalitet kan vere problematisk å studere, fordi kva det enkelte individ meiner eller legg i begrepet kan variere. Ved å bruke intervju som metode for å innhente data om korleis kvinner erfarar kvardagen etter MI får den einskilde informant kome til ordre på sin eigen måte. Holdbarheten kan kontrollerast ved at intervjuar spør om det som kjem fram er det som intervjuar meinte, istadanfor å krysse av ferdige svaralternativ, som ikkje alltid treng vere heilt i tråd med egne meiningar eller det som ansvarlege for studiet legg i livskvalitetsbegrepet. Det kan derfor vere trong for kvalitative studie saman med kvantitative for å få ein større breidde i kunnskapen om kvinner i kvardagen etter MI. Å vinkle studiane i ulike retningar kan leggje betre grunnlag for vidare oppfølging av kvinner etter MI.

## 4. Design og metode

Studiet har eit utforskande design. Data er innhenta frå kvalitative forskingsintervju av åtte kvinner frå to ulike senter for hjarterehabilitering. Analysen er i hovudsak utført etter Kvale (2006) sine anbefalingar for innhaldsanalyse. Kapittelet syner begrunninga for val av utforskande design og kvifor ein kvalitativ metode er formålstjeneleg for undersøkinga. Korleis studiet er gjennomført, undersøkinga si truverdighet og etiske aspekt er vektlagt.

### 4.1 Design

Innleiinga og litteraturgjennomgangen viser at det er heller lite kunnskap om kvinner sine erfaringer etter gjennomgått MI. Det gir grunnlag for eit utforskande design. Utforskande design er skildrande og brukast i hovudsak til å oppdage eit problem, eller til å definere eit problem. Designet kan og anvendast dersom litteraturen på området er mangelfull, sjølv om problemet er identifisert (Nord, 1998).

Designet er den overordna planen for eit studie (Fagermoen, 1996). Hovudhensikten med designet er korleis innhente kunnskap om problemstillinga og forskningsspørsmåla på ein truverdig måte. Det må takast beslutningar omkring strategiar for gjennomføringa av undersøkinga, korleis intervjuar skal få innpass i feltet, kven utvalet skal bestå av og korleis innhente samtykke frå aktuelle kvinner.

Det er utvikla ulike disiplinar innan utforskande design. Generelle fellestrekk er mulighetane for triangulering, som tyder ei samanfletting av ulike metodar for datainnsamling. Noko denne undersøkinga ikkje legg opp til. Eit anna trekk er at den ansvarlege for undersøkinga prøvar å sjå heilskapen og søkjer seg mot samanhengar i datamaterialet. I presentasjonen av funn og drøfting av funn vil lesar sjå kva samanhengar som har verdi for heilskapen i dette studiet. Andre fellestrekk er at forskar brukar seg sjølv som instrument og er intenst involvert i forskingsprosessen.

Vedkomande er ofte i feltet over lang tid. Eit siste likhetstrekk er at designet fordrar bearbeiding av innsamla data etterkvart for å kunne bestemme når materialet er rikt nok (Polit og Beck, 2008).

## **4.2 Krav til vitenskapeleg kunnskap**

Kvalitative og kvantitative metodar er i utgangspunktet basert på ein ulik forskingslogikk (Thagaard, 2008). Men kravet til validitet og reliabilitet finn ein igjen i all forskning uansett om metoden er kvalitativ eller kvantitativ (Fog, 1998; Kvale, 2006; Malterud, 2003; Rice og Ezzy, 1999; Thagaard, 2008).

## **4.3 Validitet og reliabilitet**

Validitet og reliabilitet handlar henholdsvis om gyldigheten og påliteligheten i undersøkinga (Fog, 1998). Rice og Ezzy (1999) foreslår ulike teknikkar for korleis gyldigheten og påliteligheten kan styrkast. Begrepet ”rigour”, som Rice og Ezzy (1999) nyttar for å kontrollere validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning med, er vanskeleg å finne norsk oversetjing på. Eg vel å oversetje rigour til strenghet i fortsetjinga.

1) Teoretisk strenghet handlar om at teorien og begrepa som dannar ramma for studiet er i samsvar med studiet sitt formål og at designet og metoden er egna for undersøkinga. Eg har rettferdiggjort valet av Lazarus og Folkmann sin teori om meistring og kvifor eit utforskande design og ein kvalitativ metode er foretrukket (Rice og Ezzy, 1999). I utvelginga av forskingslitteratur har eg holdt poblestilling og forskningsspørsmåla framfor meg. Refereebedømte vitenskapelege artiklar er i hovudsak foretrukket, då desse artiklane er gjennomgått og vurdert av ekspertar før publisering, utan kjennskap til kven det er som har skrevet artikkelen. Det er og i hovudsak nytta primærkjelder framfor sekundærkjelder. Ei primærkjelde er fyrstehåndskjelde, Lazarus og Folkman (1984) sin teori om stress og meistring er ei primærkjelde. I sekundær kjelder er materialet frå primærkjelda bearbeida (Bjørk og



---

Solhaug, 2008). I drøftingsdelen kapittel 6.2.3 vil lesar sjå bruk av sekundærkjelde, der den franske filosof og forfatter Simone de Beauvoir kjem til ordre via artikkelforfattar Kvigne.

2) Metodisk strenghet handlar om korleis gjennomføringa av forskingsprosessen er dokumentert. I denne undersøkinga har eg dokumentert og begrunna val av utvalsstrategi, kvifor og korleis data er innhenta og korleis analyse og funn er gjennomført. Kvart steg som er gjort i undersøkinga er skildra for at det skal vere mogleg for andre å følgje prosessen. Metodiske problem og utfordringar er trukket fram og påpeikt i dei ulike avsnitta av metodedelen (Rice og Ezzy, 1999). Strenghet og kriteriar for tolking (interpretation) av data handlar om måten data vert tolka på og om kunnskapen som kjem fram er gyldig og repeterbar. Ein framgongsmåte som ofte vert kritisert i undersøkingar der kvalitative metodar vert nytta (Rice og Ezzy, 1999). Når gyldigheten av eit funn skal fastsetjast, må spørsmål om kva me har undersøkt og kvifor me har undersøkt det, besvarast før spørsmålet om korleis (Kvale, 2006). For å vise korleis tolkinga av materialet har gått føre seg, er tolkinga av enkelte utsagn frå informantane skildra i avsnittet om analyseprosessen. Framgongsmåten for eit utval tolkingar vart delt med vegleiarar og medstudentar ved obligatorisk seminar for analyse ved universitetet. Eg fekk hjelp til å tolke enkelte utsagn, som framsto som vanskelege, men og for å teste at mi tolking stemte med dei andre si tolking av ein bestemt tekst frå intervjuet. I presentasjonen av funn er sitat frå kvinnene synt i teksten for å underbygge tolkinga av materialet.

3) Forskar brukar seg sjølv som eit instrument i forskingsintervjuet og det skal vere klart kva instrument ein sjølv er (Fog, 1998). Bakgrunnen min er gjort kjent i innleiinga. I tillegg krevst det sjølvransaking der eg bringer opp i ljuset så mange av mine tankar som mogleg, så dei ikkje får operere i skjul. Ulike utfordringar i intervjusituasjonen er derfor vektlagt og framstilt nærare i dei følgjande kapittel, iser i kapittel 4.9 om etikk. Å ha kunnskap om feltet vert sett på som positivt av Kvale (2006). Å vere sikker på tema kan gjere at fokuset er på kvinnene i intervjusituasjonen og såleis bidra til ein atmosfæren meir prega av ro (ibid.). Delar

av forskingsfeltet i dette studiet er kjent kunnskap for meg og har nok ført til større tryggleik i samtale med den einskilde informant. Kvale (2006) hevdar og at ei forståing av ulike menneskelege situasjonar er viktig, saman med trening i å intervju. Eg har inga tidlegare erfaring med forskingsintervju, men har erfaring med menneske i ulike situasjonar, noko teksten vidare vil syne.

4) Strengheit ved etikken i studiet er skildra i eige underkapittel s. 49.

Etter anbefaling frå Polit og Beck (2008, s. 202) har eg i planleggjinga av studiet tenkt korleis undersøkinga på best mogleg måte kan ha eit potensiale for praksis. Å publisere i "Sykepleien", eit tidsskrift som når ut til eit fleirtal av sjukepleiarar kan såleis vere ei målsetjing. Men det er først når gyldigheten og påliteligheten i undersøkinga er truverdig i alle ledd at ansvarlege for studiet kan tenkje så langt.

## **4.4 Det kvalitative forskingsintervju**

Problemstillinga leiar til erfaringar frå einskildmenneske, noko som gjer ei kvalitativ metodetilnærming velegna. Kvalitative forskingsmetodar vert brukt for å innhenta data forma som tekst. Teksten er i skildrande form, som setningar, ord og uttrykk. Eit tekstleg materiale kan systematisk samlast inn, organiserast og fortolkast frå samtale, observasjon eller skriftleg kildemateriale. Målet er å utforske meiningar i det fenomenet ein forskar på (Fagermoen, 1996; Fog, 1998; Kvale, 2006; Malterud, 2003). Korleis var det for kvinnene å kome heim i kvardagen? Kva meiner kvinnene i undersøkinga om det å gå tilbake til arbeidslivet? For å få svar på spørsmåla kvifor ikkje snakke med kvinnene? Gjennom det kvalitative forskingsintervju har eg fått kvinnene i tale om det som opptar dei i kvardagen etter gjennomgått MI. Det kvalitative forskingsintervju forsøker å forstå verden frå intervjupersonen sin side. I dette studiet tyder det å få fram betydningen av korleis det var for kvinnene å få MI, korleis sjukdomen påverkar kvardagen og kva informasjon kvinnene hadde om MI før dei sjølv vart ramma? Gjennom å samtale med kvinnene er målet kvalitativ kunnskap, skildringar av spesifikke situasjonar og hendingar. Ikkje generelle

meningar, men kunnskap frå kvinnene om deira kvardagslege verden uttrykt med vanleg språk. Eit forskingsintervju er såleis ikkje ein kvardagsleg samtale, men ein fagleg konversasjon mellom to partar. Det er den fagleg ansvarlege for studiet som har definert tema, oppsøkt dei kvinnelege informantane, stiller spørsmåla og har ansvaret for framdrifta i samtalen. Intervjuar og den som vert intervjuar er dermed ikkje likeverdige i intervjusituasjonen, sjølv om tema har interesse for begge partar. Formålet med samtalen for intervjuar er kun å innhente kunnskap om kvardagslivet etter gjennomgått MI. Det er ingen terapeutisk samtale sjølv om eit forskingsintervju kan vera ein berikelse for kvinnene gjennom auka oppmerksomhet om deira erfaringar frå kvardagslivet og ved at intervjuar visar unik interesse for kunnskapen som kjem fram. Eit forskingsintervju har likhetpunkt med eit terapeutisk intervju. Eg brukar meg sjølv som eit instrument i samtalen ved prøve å skape ei venleg ramme av tryggleik for at kvinnene skal kjenne seg frie nok til å snakke om sine erfaringar og kjensler etter gjennomgått MI (Fog, 1998; Kvale, 2006). Intervjua i dette studiet er bestemt til å vare i 60 minutt. På denne korte tida skal eg som intervjuar balansere forsiktig mellom å innhente følsomme data til analysen, unngå at samtalen vert terapeutisk og samtidig tenke etikk og moral ved det å prøve få kvinnene til å ”utlevere” seg for meg. I yrket som sjukepleiar har eg gjennom mange år samtala med menneske i vanskelege situasjonar. Det har vore behov for innlevelse, kunnskap og følsomhet, ofte i terapeutisk hensikt. Ein del av den kunnskapen ynskjer eg vidareføre i eit forskingsintervju, som er ein ny situasjon for meg.

## 4.5 Utval

Eg har valt eit hensiktsmessig utval med vekt på å få innhaldsrike skildringar om kvinner sine erfaringar etter behandling for MI. Utvalet består derfor av kvinner med gjennomgått MI og er basert på prinsippet om maksimum variasjon, skildra hjå Patton (2002). Denne strategien tar sikte på å fange og skildre dei sentrale temaene innanfor ein stor variasjon. For små utval kan dette innebere problem med å finne fellesnemnarar då variasjonen er så stor. Strategien med maksimum variasjon kan

imidlertid snu denne svakheten til ein fordel ved at einkvar fellesnemnar som vert oppdaga kan vere av spesiell verdi. Funn som kjem ut av eit utval med stor variasjon kan såleis definere sentrale fenomen innanfor dette utvalet (synt i kapittel 5 i denne undersøkinga) (ibid.). For å sikre maksimum variasjon er to ulike senter for hjarterehabilitering valt. Informantane representerar kvinner i ulik alder frå 40 åra til tidleg 70 åra med ulik bakgrunn, bustad, yrke og interessefelt. Spørsmålet er kor mange intervjupersonar det er behov for å få nok kunnskap om problemstillinga i studiet? Ulike aktørar innanfor den kvalitative tradisjon peikar på at det er vanskeleg å oppgi eit nøyaktig antal informantar på førehånd då ein innhentar data til ein opplever det ikkje er noko nytt som kjem fram i intervjuet, eller at ein intervjuar så mange personar som er naudsynt for å finne ut det ein treng vite (Fog, 1998; Kvale, 2006; Malterud, 2003; Polit og Beck, 2008). I eit masterstudie kan det vera naturleg å forholde seg til mellom seks og åtte respondentar då erfaringsgrunnlaget og tida på eit år er begrensa. Når informantane er få vert det stilt krav om fokus og god evne til å meddele seg for dei som er med i utvalet, dersom intervjuar skal kunne sjå samanhengar og utviklingstendensar i sitt materiale. Derfor vart det eit mål for studiet å få åtte kvinnelege informantar i tale dersom det skulle vise seg at nokre av intervjuar vart lite fruktbare for studiet sin hensikt. Grunnen til dette ligg ikkje berre hjå den intervjuar, men også i håndverket eg som intervjuar klarar å få til i situasjonen (Kvale, 2006). Inklusjonskriterier for å delta i studiet såg slik ut:

- Kvinne
- Alder 35 til 67 år, med mulighet for høgare alder.
- Gjennomgått MI, behandla medikamentelt eller med PCI
- Opptil eit år etter gjennomgått MI og deltakar ved senter for rehabilitering
- Beherska norsk muntleg
- Villig til å delta

Alderen er satt for å få med kvinner i arbeidslivet. Litteraturen viser at det er dei yngste kvinnene som minst ventar å få sjukdomen MI (Løvlien, 2001). I høve til familien var det også eit ynskje at enkelte kvinner framleis hadde born buande i

heimen. I kriteriane er det ikkje satt krav om førstegongsinfarkt, men det viste seg at informantane hadde sitt første infarkt. Antal kvinner som vart forespurde ved dei to sentra for rehabilitering var totalt ti kvinner. Av dei takka ni ja til deltaking i studiet. Ei kvinne trakk seg dagen før intervjuet, åtte kvinner vart såleis intervjuet av meg. Alle var i rehabiliteringsfasen då intervjuet fann stad, men tida frå sjølv MI varierte frå to til åtte månadar. Ei kvinne var i tidleg fase, to månadar post MI. Brorparten vart intervjuet rundt seks til sju månadar etter MI.

## 4.6 Intervjuguide.

Eg ynskjer å gjennomføre intervjuet etter ein intervjuguide som omhandlar og har fokus på erfaringar frå kvardagslivet. Bakgrunnen for intervjuguiden (vedlegg 6) er aktuell litteratur skildra i kapittel tre og undersøkinga si teoretiske ramme, som er meistring. Intervjuguiden skal gi svar på problemstillinga, korleis erfarar kvinner kvardagslivet etter behandling for MI? Og forskningsspørsmåla:

- 1) Korleis er det for kvinner å få sjukdomen MI?
- 2) Korleis vert kvardagslivet påverka som følgje av MI?
- 3) Kva informasjon hadde kvinnene om MI før dei sjølv vart ramma?

Etter anbefaling frå Kvale (2006) ynskjer eg å unngå eit stramt styrende intervju, men ynskjer heller ikkje eit fullstendig "ikkje- styrende" intervju. Eg har fokus på bestemte tema, men er open for nye og uventa fenomen i intervjusituasjonen. I følge Kvale (2006) er det kvalitative intervju halvstrukturert.

1. Tema avspeilar forskningsspørsmål ein og to og startar med innleiande spørsmål der me samtalar om korleis kvinna har det no. Deretter går tema over på forskningsspørsmål ein der kvinna fortel om korleis ho opplever seg sjølv, om det er noko endring etter MI? Avslutningsvis skildrar informanten korleis det var å bli ramma av MI.

2. Tema avspeilar forskningsspørsmål to og tar opp mogleg påverknad av kvardagslivet. Korleis det var å koma heim i kvardagen etter utskriving frå sjukehuset. Spørsmålet vert og stilt i høve til familien, til arbeidsliv og til det å delta på aktivitetar utanfor heimen.
3. Tema avspeilar forskningsspørsmål ein, to og tre spør etter erfaring med meistring og kjensla av delaktighet. Spørsmåla som vert stilt er omkring moglege forandringar som er gjort i høve til livsstil, som kosthold, røyking og mosjon eller det kvinna kan ha på hjarta om sin livsstil. Kvinnene vert spurt om kvifor dei trur det er blitt som det er blitt. Eit spørsmål handlar om kva informasjon kvinnene hadde å lite på i kvardagen etter utskriving frå sjukehuset og kva kvinnene viste om MI før dei sjølv vart ramma. Eit siste spørsmål er kva som gjorde at dei ynskte delta ved senter for rehabilitering. Kvinnene får til slutt anledning til å ta opp andre erfaringar me ikkje har snakka om, men som vert sett på som viktige i denne samanhengen.

Eg valte å presentere skjema for bakgrunnsinformasjon: Alder, sosial status (gift, ugift, skilt, einsleg), born, skulegong, yrke og hobby, som ei avslutning på intervjuet etter at lydbåndet er slått av. Enkelte menneske kan kjenne seg støtt over å krysse av for skulegang, yrke og sosial status før intervjuet startar. Ei kjensle av å verte satt i bås utifrå bakgrunn kan leggje hindringar i vegen for ein openhet som ellers kunne vore oppnådd i intervjusituasjonen. Kvinnene eg intervjuar var få og dialogen oss imellom verdifull for analysen og resultatet av studiet. Mykje stod på spel og eg var ikkje villig til å ta risikoen for ein dårlegare kommunikasjon.

## **4.7 Tilgang til forskingsfeltet.**

Etter muntleg og skriftleg henvending til dei to aktuelle rehabiliteringssentra med informasjon om hensikt og formål med masteroppgåva (vedlegg 4), vart det gitt adgang til å rekruttera informantar frå begge rehabiliteringsavdelingane. Etter naudsynt godkjenning frå Regional etisk komite (REK) (vedlegg 1 og 2) og Norsk

Samfunnsvitenskapelege datatjeneste (NSD) (vedlegg 3) sendte eg ut forespørsel til aktuelle kvinner via mine sjukepleiarkontakter ved dei to sentra. Den fyrste informasjonen kvinnene mottok var såleis frå avdelingleiar eller frå sjukepleiar som avdelingsleiar hadde delegert oppgåva til. Samstundes med at kvinnene vart spurte om deltaking fekk dei utdelt skriftleg informasjon om undersøkinga og eit skjema for informert samtykke (vedlegg 5). Dei kvinnene som var villige til å la seg intervjuar sendte ei signert samtykkeerklæring til meg. Ein frankert konvolutt påskrevet mitt namn og adresse var klargjort for dette formål, då ingen av dei tilsette ved hjarterehabiliteringsavdelingane skulle vite kven av kvinnene som sa seg villige til å delta i studiet. Informasjonsskriv og kopi av samtykkeerklæringa beholdt informanten sjølv. Det informerte samtykke inneholdt også opplysningar om hensikt, metode og eventuelle konsekvensar. Det vart poengtert at alt datamateriale innsamla under intervjuet skulle haldast nedlåst så lenge studiet foregjekk for deretter å bli makulert ved avslutning av undersøkinga. Vidare vart det gjort klart at deltaking i studiet var frivillig og at kvinnene kunne trekke seg fra studiet inntil oppgåva var innlevert medio juni månad. Samtidig informerast kvinnene om at dei vil bli kontakta av masterstudent på telefon om tidspunkt og stad for intervju. Dersom kvinnene hadde spørsmål til studiet eller ynskte trekke seg ved eit seinare tidspunkt var telefonnummer og mailadresse til vegleiar og masterstudent påført informasjonsskrivet. Då tidspunktet for intervju nærma seg tok eg på ny kontakt for å bekrefte tidlegare avtale.

## 4.8 Gjennomføring av intervjuet

Som ny i rolla som intervjuar stod eg i fare for å blande korta som sjukepleiar med rolla som undersøkjjar. Forforståinga kunne bringe meg ut i intervju med fokus på pasienten og ikkje på informanten. Eg kunne samtale terapeutisk og gi råd istadanfor å behandle kvinnene som sterke, oppegåande menneske som stiller opp for å gi sitt bidrag til problematikken. Dermed kunne viktig informasjon gå tapt. Derfor brukte eg god tid til å forberede meg, også mentalt, til intervjusamtalane for å få all den

informasjonen eg trong i studiet. Eg var bevisst på ikkje å vere pågåande, men heller framstå som lyttande for å kunne få intervjupersonen til å kjenne seg verdsatt (Fog, 1998). Å sitje saman i gode stolar i utlufta rom med litt læskande drikke på bordet var eit godt utgangspunkt for samtalen.

Antalet kvinner som var påmeldte til dei to forespurte rehabiliteringssentra såg ikkje lovande ut, med tanke på rekrutering til studiet. Noko eg delvis var forberedt på då litteraturen viser at kvinner som deltar ved hjarterehabilitering er lavare i antall enn menn (Ståhle, 2003). Det medførte ei forlenga tid for å innhente nok informasjon om fenomenet eg var ute etter. I mai månad 2009 var åtte kvinner intervjuar. Det fyrste intervjuet var eit prøveintervju gjennomført i januar månad, men vurdert som relevant for undersøkinga og derfor tatt inn som eit intervju av åtte. Kvale (2006) framhevar at intervjuarbeid er eit håndverk og ein lærar å verte god intervjuar ved å intervju.

Noko som viste seg vere naudsynt då prøveintervjuet mitt inneholdt for mange detaljer om stoff langt utanfor studiet sitt formål. Hendingar før MI inntraff, eit for stort fokus på andre sjukdomar og på sjukdomar hjå andre medlemmar av familien tok for stor plass og for lang tid. Både informant og intervjuar vart unødigt slitne etter intervjuet. Tida på 60 minutt vart derfor i dei følgjande sju intervju strengt holdt.

Etter anbefaling frå Fog (1998) var utgangspunktet å la temaguiden liggje fredfullt og heller fokusere på kvinnene. Det å følgje temaguiden i større grad viste seg likevel vere viktig i min situasjon som uerfaren intervjuar, især i dei første intervjuar. Etter tre intervju var det mogleg å sleppe meir taket i guiden, men fleire av kvinnene viste særleg interesse for guiden og ynskte vite om "alt" var svara på. Det vart såleis ein vane å gjennomgå temaguiden etter intervjuet saman med kvinnene. Eg hadde med ei notisblokk som eg gjorde enkelte korte notat i og denne vart utgangspunkt for ei kort oppsummering der me kort fortetta dei ulike delane av intervjuet. Gjennomgangen vart ei ny konstantering på at slik eg oppfatta og tolka det kvinnene sa, stemte med det dei meinte. Noko som handlar om validitet.

Korleis menneske uttrykker kjensler omkring sjukdom og helse kan vere høgst ulike. Denne innsikten frå klinikken forsøkte eg overføre til intervjusituasjonen der det



---

handlar om å nå inn til den enkelte kvinne. Nokre av kvinnene var meir tause og mindre snakkesalige, andre truleg litt nervøse og kunne snakke heller litt fort og usamanhengande. Eit fleirtal var vant med å uttrykke seg verbalt, også om egne erfaringar. Eit mindretal hadde problem med å finne ord for sine kjensle omkring sin sjukdom. Det at me alle er ulike i måten me formidlar meiningar på er ein av utfordringane ved intervjuformen som metode, men saman lagde kvinnene og intervjuar rom for gode samtalar, slik eg erfarte det.

Samtalane vart tatt opp på bånd, som seinare vart skrevet ut. Fordelen med lydopptak er at eg som intervjuer skal kunne gå tilbake å lytte for at viktig informasjon ikkje går tapt og at oppmerksomheten er retta mot kvinnene som vert intervjuet. Ulempen kan vera at kvinnene føler seg utilpass og meir sjenerte når alt dei seier vert festa til lydbånd. Dette er også ei utfordring i prosessen, det å skape ei naturleg ramme der både masterstudent og dei intervjuet kvinnene kan oversjå lydbåndet og gi seg hen til samtalen (Kvale, 2006). Ei av kvinnene i studiet var i utgangspunktet skeptisk til lydbåndet, men då eg forklarte nærare grunnen for handlinga godtok ho opptaket. Eg trente i forkant på korleis lydbåndet skulle handterast og kjente tryggleik på at det skulle gå bra. Kun få gongar var det naudsynt å stoppe intervjuet ei kort tid for å gjere justeringar, noko kvinnene ikkje såg ut til å vere brydd med.

Som kvinneleg intervjuar og sjukepleiar kan eg bringe fram andre nyansar i kvardagslivet enn ein mannleg intervjuar, noko som truleg kan vere positivt for analysen. Derimot kan kvinnene kjenne seg naudt til å "raumale" sine erfaringar av hensyn til min bakgrunn. I briefinga får intervjuet forsøkte eg oppfordra kvinnene til ikkje skjule meiningar sjølv om dei kunne framstå som ubehagelege. Eg fortalte litt om rolla som intervjuar og at det var kunnskapen om deira situasjon som var det aller viktigaste. Ikkje yrkesstoltheten min eller kva som er gjort rett og gale i ulike situasjonar. Kvinnene svarte at dei sa det slik dei meinte, uansett kva stilling eg måtte ha.

## 4.9 Ethiske reglar for forskning på menneske

Helsinkideklarasjonen (Helsinkideklarasjonen; Malterud, 2003, s.221- 226) sine etiske prinsipp for medisinsk forskning fokuserar sterkt på hensynet til og beskyttelse av kvinnene i undersøkinga. Prinsippa om konsekvens, konfidensialitet, frivillighet og informert samtykke vert spesielt belyst her

*”I medisinsk forskning som omfatter menneske, skal hensynet til forsøkspersonens velferd gå foran vitenskapens og samfunnets interesser”* (Helsinkideklarasjonen i Malterud, 2003, s. 222).

Eg hadde eit blikk på kvinnene sin helsetilstand i intervjufasen. Kvinnene kan vera kjenslemessige sårbare etter nyleg gjennomgått MI. Behovet for oksygen kan stige, blodtrykk og puls kan endra seg ufordelaktig ved utsetjing for påkjenningar. Eit intervju der me samtalar om kjenslevare tankar i fortid, framtid og i kvardagslivet her og no kan vere ei slik påkjenning. Eg erfarte i eit av dei første intervjuar at spørsmålet omkring korleis det var for informanten å få MI, satte i gong ein prosess ingen av oss var heilt forberedte på, tross gode intensjonar frå intervjuar si side. Spørsmålet vart på det grunnlag flytta lenger ut i samtalen og eg vart særskilt observant i følgjande intervju. Enkelte av dei andre kvinnene reagerte på same måte, ved å puste litt ekstra, stoppe opp, få nyver i panna og fleire kjente for ein liten pause der eg slo av lydbåndet. At eg som fagperson ikkje såg uroa og sorga spørsmålet kunne skape tidlegare, gjorde meg forskrekka og bedrøva i ettertid. Ei erfaring som støttar sjukepleiar Tove Giske (2008) si forskning om at sjukepleiarar ikkje er nok opptatt av eksistensielle spørsmål. Eg brakte opplevinga med til masterseminaret ved universitetet og fekk snakka om vare tema i det kvalitative intervju saman med vegleiarar og medstudentar.

I eit anna intervju kom tankar om ei skakande hending tidlegare i livet sterkt fram hjå ei av kvinnene. Eg var no forberedt og stoppa raskt lydbåndet for å gi kvinna fred den tida ho trong for å kome seg. Dersom det viste seg naudsynt kunne eg leggje til rette for vidare helsehjelp, ei handling som ikkje var aktuell i nokon av dei åtte intervjuar.

Dersom intervjuet klart dreide inn på intime og private område i for sterk grad, var eg observant og styrte intervjuet over på andre temaområde. Men sidan målet er å få fram ulike nyanser i kvardagslivet kan det framstå som ein vanskelseg balansegang (Kvale, 2006). Prøveintervjuet hjalp meg til å forstå konsekvensane av å gå for langt utanfor problemstillinga.

Sjølv om brorparten av kvinnene klarte seg godt gjennom intervjuet i samspel med meg, kan opprivande tankar om kva som som vart fortalt og dukka opp i ettertid. Derfor satte eg av god tid til ein samtale eller debriefing etter at lydbåndet var slått av. Mange kvinner er ettertenksame. Derfor ser eg på tilbodet om å ringe i ettertid for ein uformell samtale som iser viktig. Namn, telefonnummer og mailadresse til hovudansvarleg og masterstudent er nedteikna i det informerte samtykke. Det vart i skrivet også oppfordra til å ringe ved spørsmål om studiet før gjennomføringa av intervjuet. Ei kvinne tok kontakt i forkant då ho ikkje kunne kome til avtalt tid og ny tid vart raskt ordna. Ingen av kvinnene ringte i ettertid.

Utvalet er lite og kvinnene snakka om fortruleg erfaring frå kvardagslivet. Eit rikt datamateriale fordrar investeringar i eit miljø for å oppnå nærhet og tillit hjå kvinnene. Bekymringar rundt spørsmålet om anonymitet kan føre til dårlegare kommunikasjon, med det som resultat at kvinnene tar sine forbehold i intervjuet (Malterud, 2003). Ei slik uro kan medføre ein helserisiko for enkelte av kvinnene. Derfor skal kvinnene kjenne seg trygge på at det som blir sagt aldri skal kunne sporast tilbake til den enkelte. Kvinnene skal forbli anonyme ved at eg i rapporteringsfasen ikkje skildrar dialektuttrykk, alder, yrke, og opplysningar om kor undersøkinga er utført. Alle namn vart dekodra etter transkribering. I det informerte samtykke vart det sterkt framheva korleis det underteikna samtykke, lydbåndopptak, papirdata og data på computer skulle holdast utilgjengeleg for utedkomande. Under bearbeidingsfasen var eg spesielt merksam på å beskytte datamaterialet for utanforståande (Malterud, 2003). Noko som betydde at eg sat på eige kontor under analysen av data, med døra igjen. Også informasjon om når datamaterialet skal slettast er lagt vekt på i det informerte samtykke. I briefinga før intervjuet gjekk eg

muntleg gjennom det som var skildra i det informerte samtykket. Dette var også ein kontroll på at informasjonen ikkje berre var lest, men forstått, sjølv om eg la arbeid i å lage eit forståeleg informasjonsskriv i utgangspunktet.

*”Forsøkspersonene som inngår i forskning må vera frivillige og informerte deltakerer”* (Helsinkideklarasjonen i Malterud, 2003, s. 224).

For å unngå press på kvinnene om å delta i forskningsprosjektet vart spørsmålet om intervju stilt av dagleg leiar og ansvarleg sjukepleiar ved dei to hjarterehabiliteringssentra. Frå NSD fekk eg tilbakemelding på korleis kvinnene burde levera det informerte samtykke vidare til forskar. Erklæringa skulle ikkje leverast via daglegleiar eller sjukepleiar som det i utgangspunktet var tenkt. Kvinnene som hadde signert samtykkeerklæringa sendte denne direkte i posten til meg. Begrunninga for ein endra framgangsmåte er ikkje vanskeleg å forstå utifrå hensynet til press på informantane. Både hjarterehabiliteringa og masterstudent står då utan kontroll og kraft til å påverka aktuelle kvinner. Sjølv om ein ynskjer unngå press er det ikkje ukjent at kvinner sitt samvet ofte fortel kva ein bør gjere av hensynet til andre. Hjarterehabiliteringssentra visste då heller ikkje kven av kvinnene som takka ja til intervju. Utvalet er lite og med tanke på anonymitet er dette forsvarleg framgangsmåte ifølgje NSD. Tanken var å intervju aktuelle kvinner utanfor sentra for å unngå gjenkjenning, med tanke på anonymitet og eit fåtallig utval av kvinner. Ved ein av mine tidlegare arbeidsplassar fekk eg låne eit avskjerma kontor, som var sentralt plassert i høve til parkeringsplass og bussforbindelse. Av ulike hensyn vart kun eit mindretal av kvinnene intervjuar her. Brorparten av intervjuar vart gjennomførte ved rehabiliteringssentra, dog på kvelden etter at personalet var gått heim. Me fekk sitja usjenert og i fred for andre deltakarar medan intervjuar pågjekk. Kun ei kvinne vart intervjuar i kontortid. Dei av kvinnene som ynskte intervjuet i eigen heim fekk det.

Kvinnene vart informert muntleg og skriftleg om at det ikkje var noko form for kompensasjon eller direkte fordel med å delta i studiet. Det kunne i verste fall opplevast som ei belastning, som skildra over. Det vanlege er at kvinnene tykker dei

får utbytte av samtalen gjennom å kunne snakke fritt om det som opptar dei i stor grad (Kvale, 2006). I meg fann dei ein lyttar, som var interessert i det dei hadde å fortelje. Kvinnene gav då også uttrykk for takksemnd over å bli tatt på alvor om sine tankar og kjensler omkring deira kvardagsliv med hjarteskjukdom sjølv om det vart opprivande for enkelte av dei. Kvinnene fekk vite gjennom det informerte samtykke at dei var med på frivillig basis. At det var mogleg til ei kvar tid inntil levering medio juni månad 2009 å trekke seg frå studiet utan noko form for begrunning, og utan at det gjekk ut over vidare behandling av sjukdomen. Ei av kvinnene trakk seg dagen før intervjuet.

Som det går fram av tidlegare tekst skal kvinnene forstå kva dei gir seg inn på ved å underteikna det informerte samtykke. Det kan vere vanskeleg og heller ikkje ynskjeleg å informere om alt som skal foregå i intervjuet då det halvstrukturete intervju opnar for å stille spørsmål som ikkje er formulert på førehånd (Kvale, 2006). Fog (1998) hevdar at det er i sjølve intervjusituasjonen innsikt og forståing vert utvikla, slik at det dreiar seg ikkje om å vite, før ein faktisk har fått vite det.

## 4.10 Dataanalyse

Ved sida av eit formålstjeneleg utval og rådata ligg problemstillinga, dei ulike forskingsspørsmåla, referanseramma og bakgrunnen til grunn for at eit analysearbeid skal kunne gjennomførast på ein kvalifisert måte. (Kvale, 2006 og Malterud, 2003). Fokuset i analysen er å få fram data som kan skildre korleis det er for kvinnene å få MI, korleis kvardagslivet vert påverka som følge av sjukdomen og kva informasjon kvinnene hadde om MI før dei sjølve vart ramma. Derfor er utvalet av kvinner valt med omhu for å sikra nyansert og variert kunnskap om kvinnene sine erfaringar i kvardagen etter behandling for MI.

Å analysa kvalitative data er utfordrande av tre hovudgrunnar. For det fyrste finst det ingen universale reglar for analysen. Fraværet av ein standard analytisk prosedyre

gjer det vanskeleg å forklare korleis ein går fram eksakt i analyseprosessen. Dermed vert det vanskeligare å presentera funn på ein måte som opprettholder truverdigheten i studiet. Den andre utfordringa ligg i det store materialet som kvalitative analyser medfører. Rådata kan inneholde side på side med transkribert tekst. Eg gjorde om tale til tekst av åtte intervju på 60 minutt kvar, som i transkribert form utgjorde 80 sider. Ein 80 siders-tekst som skulle lesast, gjenlesast, organiserast, integrerast og tolkast og gjerast meir konsis utan å redusera oppriktigheten i det kvinnene fortalte om sine erfaringar etter gjennomgått MI. I det ligg den siste utfordringa (Polit og Beck, 2008, s. 507).

Det er råd å finne verktøy, forslag frå etablerte forskarar om analyseprosessen (Kvale, 2006; Malterud, 2003 og Polit og Beck, 2008). Som uerfaren masterstudent har eg nytta meg av andre sine erfaringar med analysen. Eg har valt Kvale (2006) sin innhaldsanalyse som ei rettesnor i mitt arbeid med rådata etter intervju. Malterud (2003) sine anbefalingar er brukt der eg såg behovet for meir hjelp og støtte med analysen. Ved å følgja ein meir standardisert analysemetode vil det verta lettare for lesar å gå vegen saman med meg. Samt enklare å gjera greie for kva eg har tenkt og gjort i analyseprosessen med tanke på truverdigheten i undersøkinga.

Analysen startar allereie under intervjuet ved at intervjupersonane spontant kan oppdage nye sider og samanhenger i egne liv etterkvart som dei fortel. Det skjer utan at intervjuar bidrar med tolkingar av det som vert fortalt (Kvale, 2006). Under intervjuet i dette studiet vart fleire av kvinnene meir ettertenksomme ved enkelte tema og understreka spesielle poeng ved å gjenta kva dei meinte fleire gongar til meg, men truleg også til seg sjølv, slik eg forstod kvinnene. I andre delar av intervjuet var eg nøye med å teste at mine tolkingar av det kvinnene sa stemte med det dei meinte å fortelje om eit fenomen. Samtalen kunne høyrast slik ut: ”Nei, det var ikkje det eg meinte” eller ”det var akkurat det eg sa”. Det kan og koma fram fleire sjølvmotseiande meiningar om eit anliggjande (Kvale, 2006). Noko som ikkje treng vera negativt, men kan derimot føre til nye oppdagingar rundt eit tema (Malterud, 2003). Ei av kvinnene sa først ”*eg er jo pasient her*”, så ombestemte ho seg og sa,

---

*”nei eg er ikkje pasient her... eg vil ikkje bli oppfatta som noko pasient..... eg vart innlagt og reparert og er no frisk igjen”.*

Samtalane vart tatt opp på bånd og strukturert for analyse gjennom transkribering frå tale til tekst. Det gjorde eg på eigenhånd same dag som dei ulike intervjuar fann stad. Datamaterialet vart gjort klarare ved å fjerna overflødige ord, som digresjonar og gjentakningar, kremting og hosting. Eg var likevel forsiktig med å fjerne det eg tenkte var uvesentleg frå det vesentlege då det i ein seinare fase i analysen kunne vise seg ha verd. Ved å transkribere intervjuar sjølv gjekk eg på ny inn i intervjusituasjonen. Fordelen var at eg vart kjent med materialet frå ei ny side. Noko som førte til at eg tidleg oppdaga andre moment i samtalen med kvinnene. Synspunkt som eg tok med vidare til den egentlege analysen (Kvale, 2006 og Malterud 2003).

Arbeidet med analysen pågjekk både fortløpande etter kvart intervju og etter at alle kvinnene var intervjuar. Ein av styrkene ved den kvalitative forskning er at metoden gir anledning til å starte analyseprosessen tidleg. Ved å gjere foreløpige analyser av transkribert data samtidig med intervjuar gir det mulighet til å utvikle nye spørsmål i påfølgjande intervju dersom uventa fenomen dukkar opp i den tidlege analysen. Dette kan sikre detaljrike og relevante data så langt som mogleg (Kvale, 2006 og Malterud, 2003). Då intervjuar foregikk over ein periode på fem månader fekk eg anledning til å førebu kvart intervju godt. Det eg oppfatta som vanskeleg og forsinkande i prosessen, å vente på neste intervju, vart truleg snudd til styrke då eg fekk anledning til å kvesse fokuset betre og konsentrere meg meir om kvinnene og ikkje om det som var rundt. Det første og det andre intervjuet viste store skilnadar i korleis kvinnene erfarte tida før infarkt og korleis det var i kvardagen etter infarkt. Lite visste eg då at dette var byrjinga eller innleiinga til eit mønster, som er nærare presentert i kapittelet om funn. Dei følgjande intervjuar viste tydlegare kor både like og ulike kvinnene var. Etter seks intervju steig samanhengar med tida før og etter infarkt sterkare fram for meg. Dei siste to intervju vart derfor spanande, men eg kunne likevel ikkje vere sikker på at det som eg var i ferd med å sjå konturane av framleis var der. Fog (1998) advarar mot å verte for opptatt av å sjå etter mønster slik at dette

kan skjule for nye meiningar og kan leggje grunnlag for tolkingar, som ikkje treng vere der.

*”Hvordan analyserer jeg det intervjupersonene fortalte meg på en måte som beriker og utdyper meningen med det de sa” (Kvale, 2006 s. 117).*

Den egentlege analysen kan forklarast i fire trinn:

I fyrste trinn las eg det transkriberte materialet av dei åtte intervjuar fleire gongar slik at innhaldet vart godt kjent. Det skapte ei forståing av intervju materialet i sin heilhet. Eg var allereie noko kjent med materialet då eg transkriberte etter kvart og brukte lang tid på dei åtte intervjuar. Tankar og refleksjonar om innhaldet i datamaterialet skreiv eg ned i ei eiga bok. Enkelte tema steig klarare fram enn andre. Eit slikt tema var kvinnene sin sjukdomskjensle før MI, eit mønster som viste seg gå igjen i materialet. Eit anna tema var kvinnene sin streben etter å finne meining vidare i livet med kronisk sjukdom. Andre tema som kom fram var ulike utfordringar dei møtte og korleis dei klarte seg i kvardagen. Utfordringar som å lære seg å setje grenser, å tru på seg sjølv, å få tilbake kontrollen over eige liv. Det kom også tidleg fram eit tema omkring opplevinga av å få livsstilssjukdom MI, ei av kvinnene forklarte det godt med eitt ord, ”uhørt”, noko som brakte fram eit nytt tema. Kvinnene var i hovudsak flinke til å uttrykke seg og bestemte på eigne meiningar, noko som truleg var til hjelp for meg i analyseprosessen.

Kvale (2006) ville nok vore meir varsam med å bestemme tema allereie på fyrste trinn i prosessen. Han framhevar at materialet skal lesast på ein så uforutinntatt måte som mogleg, for deretter å finne meiningsberande einingar for så å tematisere. Eit ankepunkt kan vere at eg så tidleg fann tema, på ei annan side var desse første temaene ingen fastlåste kategoriar. I andre trinn vil lesar sjå eg går opent ut for å gjere ein innholdsanalyse, då eg ikkje ynskte at forutinntatte meiningar skulle få styre meg i for stor grad. Fleire av dei første temaene var meir generelle og vart seinare i analysen abstrahert vidare. Eit slikt tema var forholdet til borna og å kunne setje grenser.



I andre trinn søkte eg systematisk etter naturlege meiningseiningar i teksten frå heile materialet. Dei meiningsberande einingane var kvinnene sine egne ord, ikkje mine. Ein del av teksten vart presentert på analyseseminarer ved universitetet der vegleiarar og medstudentar trakk ut meiningsberande einingar frå teksten og kategoriserte dei saman med meg. Eg koda dei ulike meiningseiningane med fargar og tall og satte dei inn under kvart intervju spørsmål for på den måten halde orden og system for eigen del. Då teksten som vart flytta på var koda var det enkelt å gå tilbake å sjå kor dei høyrte heime i utgangspunktet, slik at eg til ei kvar tid kunne gå tilbake i teksten å sjå (validere) at delane stemte med heilskapen. Malterud (2003) anbefalar no å skilje irrelevant tekst frå relevant tekst ved å ta bort det som er utanfor problemstillinga. Kvale (2006) seier og at ein fortettar meiningar ved å redusere teksten. Ei handling som kan gjerast om, dersom eg har gått for fort fram, då det transkriberte materialet og lydbåndet med intervjuet i sin heilskap framleis er tilgjengeleg. Eg tok såleis bort det eg meinte var overflødig tekst, som ikkje såg ut til å bere med seg meining for undersøkinga, som sjukdom i familien, annan sjukdomshistorie hjå kvinnene og for mykje materiale om det som foregikk på sjukehuset.

I tredje trinn sat eg med to hovudbolkar, der bolke ein tar for seg tida før MI og korleis det var å få MI (forskingsspørsmål ein og forskningsspørsmål tre) og inneheld spørsmål frå i hovudsak tema ein og delar frå tema tre i intervjuguiden. Følgjande kategoriar framkom og er her vist som døme, saman med enkelte meiningsberande einingar:

**Kategori 1, kvinnene før MI, kven var dei?** *"I det heile var det ufatteleg at eg skulle få hjarteinfarkt, ja faktisk heilt uhørt".*

**Kategori 2, å få sjukdomen MI:** *"Eg kan ikkje sei at infarkt har ført noko positivt med seg fordi tida etterpå har vore så jævleg", og motsatt, "Livet kjennes betre".*

Bolke 2 handlar om livet etter heimkomst (hovudsakleg forskings spørsmål to og tre) og tar for seg i størst grad tema to og tre i intervjuguiden. Seks ulike kategoriar steig

fram frå intervjueteksten og vert her synt døme på, saman med enkelte meiningseiningar:

**Kategori 1, å vinne att helsa:** *"Eg fekk tre innleggingar på grunn av det som var heilt unødig".*

**Kategori 2, søken etter tryggleik:** *"Heile tida låg eg med ytterdøra open, faktisk i fleire månader slik at folk skulle kome seg inn".*

**Kategori 3, å ha kontroll:** *"Eg har alltid hatt kontrollen, men no må eg avfinne meg med og ikkje ha kontrollen på same måten som før".*

**Kategori 4, å tru på seg sjølv:** *"Eg vil ikkje forsnevrå livet med berre å bli sitjande i huset frårøva alt som kan gi meg glede".*

**Kategorie 5, kvinner og grensesetjing:** *"Eg vart spurt om det var viktig å vere siste veka på rehabiliteringa, om eg kunne kome til dottera mi å passe borneborn i stedet. Då sa eg nei".*

**Kategori 6, behovet for rehabilitering:** *"Eg ynskjer å gjere "alt" som står i mi makt for å gjere livet betre".*

På fjerde trinn i analysen abstraherte eg kategoriane ytterligare for å finne hovudkategoriar med underkategoriar. Det mest overordna for kvinner etter heimkomst i bolk 2 var å vinne att helsa og livskvaliteten. Underkategoriane vart, søken etter tryggleik, å ha kontroll, å tru på seg sjølv, kvinner og grensesetjing og behovet for rehabilitering.



## 5. FUNN

I kapitlet om metode er analysearbeidet synleggjort. Det er søkt svar på problemstillinga, korleis erfarar kvinner kvardagslivet etter behandling for MI? Og forskningsspørsmåla, korleis er det for kvinner å få sjukdomen MI, korleis vert kvardagslivet påverka som følgje av MI og kva informasjon hadde kvinnene om MI før dei sjølve vart ramma? I analyseprosessen kom eg fram til følgjande kategoriar med underkategoriar, som søker å gi meir kunnskap om problemstillinga og forskningsspørsmåla:

**Kvinnene før MI, kven var dei?**

**Å få sjukdomen MI**

**Å vinne att helsa**

- **Søken etter tryggleik**
- **Å ha kontroll**
- **Å tru på seg sjøl**
- **Kvinner og grensesetjing**
- **Behovet for rehabilitering**

For at lesar skal få eit meir heilskapeleg bilete av kvinnene sine erfaringar, vil presentasjonen av kategoriane følgje kvinnene sin prosess i kvardagen. Frå tida før infarkt og korleis det var for kvinnene å få MI (bolk ein). Til tida etter infarkt der kvinnene sin søken etter å vinne att helsa med utfyllande underkategoriane vert skildra (bolk to).

## 5.1 Kvinnene før MI, kven var dei?

For å få ei forståing av kven kvinnene med MI er, finn eg det verdifullt å presentere dei. Korleis kvinnene og deira pårørande ser på det å få MI er trukket fram fordi det har betydning for kvardagen, slik kvinnene erfarte det.

Informantane er i slutten av 40 åra og til litt over 70 åra, med gjennomsnitt på 58 år.

Informantane var lite bevisste på at dei stod i fare for å få MI:

*”Eg drøymte aldri om at eg skulle få hjarteinfarkt og familien min som verkeleg kjenner meg sa at eg var den siste dei kunne tenke kunne få sjukdomen. Eg viste ikkje noko særleg om kvinner og hjarteinfarkt før eg fekk det sjølv ..... det viste heller ikkje familien min”. (K5)*

*”I det heile var det ufatteleg at eg skulle få hjarteinfarkt, ja faktisk heilt uhørt”. (K6)*

Ei av kvinnene stod i ei særstilling og var godt informert om risikoen.

*”Mor mi døyde av hjarteinfarkt då ho var i 60 årene. Ho fekk sjukdomen i 40 åra.....dette kom ikkje uventa på meg og eg har forebyggt i mange år....har gått å venta på å få hjarteinfarkt sjølv”. (K1)*

I intervjuet kom det fram at sju av kvinnene har erfart MI i nær familie. Hjå mor, far, søsken, tanter og onklar. Fleire av pårørande var då i 40 åra.

Dette hadde informantane å fortelje om sitt forhold til helse og sunnhet:

*”Me spiser lite og ingen feit mat og har heller aldri vore glad i det.....heilt frå ungdommen har me bedrevet mykje idrett, og har alltid gått lange turar på fjellet”. (K5)*

Fire av kvinnene var røykarar før infarkt. Dei fire andre ikkje, som det framgår av teksten under:

*”Eg har aldri røykt, og eg fekk beskjed frå legen om at hjarteinfarkt var arveleg. Far min fekk det og eg 15 år seinare enn det han gjorde” (K2).*

Ei av informantane fekk MI tidleg i livet, men kunne fortelje om både arvelighet og røykevanar:

*”Arv, forferdeleg mange med hjarteinfarkt..... uroleg sjølv..... nei eg har aldri tenkt på det, men eg har tenkt på lungesjukdom som kols aldri hjarta”. (K3)*

Fleire av kvinnene (4) fekk konstantert forhøga kolesterolverdiar tidleg i femtiåra. Fastlegen aksepterte funn og spurte ikkje etter røykevanar og arvelege faktorar.

Alle kvinnene har born. To mødre har framleis ungdom buande heime. Informantane er eller har vore gifte. Kun ei av kvinnene har arbeid utan krav til lengre utdanning. Ho har det fysisk tyngste arbeidet. To er universitetsutdanna. Arbeidssituasjonen for kvinnene ser slik ut: Ei er pensjonist, men arbeidar nokre dagar i månaden på sin gamle arbeidsplass. To av kvinnene er ute av arbeidslivet, ei med uføretrygd og den andre på AFP (avtalefesta- pensjon). Fem av kvinnene arbeider fulltid, med stort ansvar og krevande oppgåver. To av kvinnene var framleis sjukemeldte då intervjuet fann stad. Tilleggsjukdomar som kvinnene oppgir er kreft (1), ryggglidingar (2), fibromyalgi, (2) sømnapnoe (1) og hypothyrieose (1).

I intervjusituasjonen framstår kvinnene som aktive, sunne og ressurssterke. To av kvinnene underviste før MI om kosthald og livsstil. Dei (7) fortalte om ei aktiv fritid med yoga og meditasjon, seiling, turar i skog og mark og skigåing. Endog skiflyging er interessefelt. Hagearbeid og vedlikehold av hus og hytter er høgt prioritert.

## **5.2 Å få sjukdomen MI**

På spørsmålet om korleis kvinnene erfarte å få MI framheva kvinnene den akutte opplevinga av sjukdomen, med fokus på symptom. Hovudvekta av informantane (6) tilkjennegav same symptom som menn. Smerter i bryst og venstre arm, problem med å puste, kvalme og svette. For ei av kvinnene vart situasjonen snudd på hovudet då ho rapporterte om ”menn sine symptom” og fekk tilbakemelding hjå helsevesenet på at kvinner skal ha andre symptom på MI enn menn:

*”Han som kikka meg oppi hjarta omsider meinte at eg ikkje vart tatt alvorleg nok på stent avdelingen fordi eg hadde akkurat dei same symptoma som menn og sidan eg er kvinne burde eg hatt andre symptom”. (K1)*

Tre av informantane hadde kunnskap via media om at kvinner ofte har andre symptom enn menn. Ingen viste at kvinner og menn vanlegast opplever same symptom.

Samtlege kvinner i dette studiet fekk PCI behandling. To vart sendt med helikopter for å nå hurtig fram til næraste behandlande sjukehus.

Eit anna spørsmål var korleis kvinnene såg på seg sjølv før infarkt i høve til korleis dei opplever seg sjølve etter MI? Tre av kvinnene skildrar at dei i forkant av den akutte situasjonen kjente seg elendige, urolege og deprimerte:

*” Før infarkt tenkte eg at eg kom til å dø snart”. (K6)*

MI kom som ei bekrefting på at noko var heilt gale. Ei av kvinnene auka arbeidsmengden før MI og vart verande på kontoret utover kvelden for å unngå vere med på det som tidlegare var fint:

*”Lystbetonte ting vart heseblesande. Det førte til at eg isolerte meg og vart deppa og betutta for at eg ikkje klarte så mykje som før. Eg vart sliten med muskelsmerter og vondt i skuldera og i armen. Eg var så uroleg og vart derfor sitjande på jobben utover, fordi eg då slapp å gjere noko anna, enn å jobbe..... eg vart litt nevermind”. (K3)*

For fire av kvinnene kom MI derimot uventa og utan forvarsel. Dei fortel at livet er blitt eit strev etter MI. Dei har vanskar med å akseptere sjukdomen og slit med å finne nytt fotfeste i kvardagen. Følgjande utsagn står som døme på korleis desse kvinnene kjente seg i kvardagen etter gjennomgått MI:

*”Eg kan ikkje sei at infarkt har ført noko positivt med seg fordi tida etterpå har vore så jævleg”. (K7)*

Som intervjuar erfarte eg også ein forskjell. Informantane (4) som opplevde den akutte situasjonen som uventa og sjokkprega hadde større vanskar med å dele erfaringa med meg. Dei gav uttrykk for at det var krevande og måtte svelge tungt

fleire gongar. Den eine av kvinnene hadde tidlegare i livet vore i ei alvorleg ulykke der ho var ei av få overlevande. Den erfaringa satte sitt preg på korleis ho kjente seg no, etter på ny å bli ramma av alvorleg livstruande hending.

Kvinnene sine erfaringar viser eit mønster som i stor grad deler gruppa av kvinner med MI i to greiner, slik eg tolkar materialet. På den eine greina finn ein kvinnene som kjente på seg at noko var helsemessig feil, både psykisk og fysisk før den akutte situasjonen slo til. På den andre greina sit kvinnene som opplevde infarktett som eit samanbrot i det dei trudde var eit liv utan alvorleg sjukdom. Eg ynskjer i fortsetjinga vise fellestrekk og variasjonar i funn mellom gruppene av kvinner. Ei av kvinnene kunne ikkje setjast i nokon av gruppene då ho ikkje hadde direkte sjukdomsfølelse i forkant, men også ho kunne fortelje om eit rikare liv etter MI. Dette skuldast omlegging av ein livsstil som gjorde henne passiv og utan kontakt med verdiar som i dag er framelska:

*”Akkurat no er livet betre enn det har vore dei siste 10 åra fordi eg føler alt rundt meg er positivt og eg er på veg og leggjer om ein dårleg livsstil”. (K4)*

Ut ifrå dei data vel eg å setje henne på greina saman med dei tre andre som fortel dei har fått eit rikare liv etter MI.

Det å ha kjent seg sjuk i forkant betyr ikkje at kvinnene forventa sjukdomen MI. Jamfør kategori 1. Likhetspunkt mellom gruppene er heller at nærast ingen trudde det kunne vere MI:

*”Eg gjekk til legen tre dagar før infarktett, hadde så smerter i venstre arm og ba om kortisonsprøyte. Det fekk eg. Då hjarteinfarktett slo til, verka venstre arm heilt ut i fingertuppene, utrueleg verking med uutholdelege smerter. Eg hadde smerter i brystet også. Sveitta, var kvalm og ville besvime. Eg drøymte ikkje om at det var hjarteinfarktett, eg hadde jo fått kortisonsprøyte for min senebetennelse. Heldigvis var eg saman med vennen min. Han kjørte i meg aspirin. Eg var heldig og det tok 10 minutt til ambulansen var der. Eg ville ikkje at han skulle ringe”. (K4)*



Vennen hennar forsto alvoret og gav aspirin og ringte raskt etter sjukebil. Han spurte også om smerter i brystet, noko som kunne tyde på at han i motsetnad til informanten tenkte MI. Kva vennen eller kjæresten gjorde for henne i den akutte fasen har betydd mykje for kvinna vidare i kvardagen, noko som blir skildra nærare i kapittel 5.3.3. Ei av kvinnene som kjente seg sjuk eit heilt år, og trudde ho snart kom til å døy, ville heller ikkje at pårørande skulle ringe sjukebil då infarkt slo til.

Tre av kvinnene som slit i kvardagen kunne fortelje om ekstra belastningar før dei kom så langt som til behandling:

*”Eg veit eg vart lagt på lungeavdelingen først og seinare på hjarteavdelingen. Det følte kaotisk på sjukehuset”. (K2)*

*”Hjarteinfarkt kom heilt uanmeldt. Eg hadde fleire hjartestans..... vart eg fortalt i ettertid”. (K7)*

Det å oppleve hjartestans før PCI behandlinga er tungt å leve vidare med. Tankane hennar kretsar i stor grad omkring spørsmålet om ho overlever neste infarkt? Dette har medført fleire innleggingar utan grunn, som ho uttaler sjølv. Den tredje av kvinnene som ikkje var forberedt på alvorleg sjukdom fekk i tillegg problem med å nå fram hjå hjelpeapparatet. Noko ho seier har satt spor, då ho i ettertid er sår over det som hendte, det at ho ikkje vart tatt på alvor. Då ho endeleg vart innlagt på sjukehus fekk ho informasjon om kor viktig det var å kome tidleg til behandling for at hjarta skulle ta minst mogleg skade. Tankar omkring hjarta sin funksjon opptar henne i stor grad. Slik er hennar historie skildra med egne ord og som lesar ser har ho fått stor plass:

*”Eg var på fjellet med familien. Leikte og hadde det gøy med borneborn på markene. Søndag våkna eg med ryggsmarter som tiltok veldig. Eg vart kvalm og svimmel og måtte leggje meg. Ingen tenkte hjarteinfarkt, men likevel kjørte me til legevakta i byn. Eg forklarte kva type smerte eg hadde og sa også eg hadde vondt i venstre arm. Konklusjonen vart senebetennelse og tigerbalsam. Det blei ikkje betre. Fastlegen var på ferie, men me fekk time privat og der sa legen at eg fekk ha god ferie for det feilte meg ingen ting. Du er heilt frisk, men sidan eg ba om EKG skulle eg få det. Sjukepleiar tok EKG. Ho tok to EKG og ba meg vente til ho fekk snakke med legen. Det viste hjarteinfarkt, men legen trudde det var apparatfeil. Etter det tredje EKG aksepterte han hjarteinfarkt og satte meg på medisin og tok nokre blodprøvar. Samtidig ba han meg gå heim for å sjå i Gule sider for å ringe kardiolog for ny time. Dagen etter kom me tilbake for blodprøve svar. Forrige lege var erstatta med ny. Han sa, dersom det er nokon som skal innleggjast på sjukehus er det deg. Då var eg så nedfor, det var tøft å føle seg som ein tullebukk. På sjukehuset fekk eg behandlinga eg skulle ha”. (K5)*

Det å kjenne seg uønska, ja som ein tullebukk har gjort livet vidare meir strevsomt.

Så langt er kvinnene og deira bakgrunnshistorie presentert, vurdert som viktig for å kunne tydeleggjera eit mønster i datamaterialet.

## **5.3 Å vinne att helsa**

Å vinne att helsa handlar om kvinnene sine utfordringar i kvardagen med alvorleg sjukdom.

### **5.3.1 Søken etter tryggleik**

Etter kort tid på sjukehuset, frå tre til fem dagar, med unntak av ei kvinne som var innlagt ei veke, er tida komen for å dra heim. Tryggleik vert uttrykt hjå kvinnene som ”at nokon er der for deg”. Pårørande og venner var dei første kvinnene kom i hug ved det å kome heim i eiga stove. Kvinnene fortalte at på sjukehuset var dei omgitt av medisinsk ekspertise og ivaretatt av sjukepleiar med kompetanse på pasientar med hjartesyjukdom. Hjarterytme, puls og blodtrykk vart registrert og avvik nøye vurdert. Tida på sjukehuset vart oppfatta av fleire som hektisk, men kvinnene kjente seg i all

hovudsak trygge. Den største utfordringa ved det å kome heim i kvardagen var kjensla av uvisshet. Derfor var det å ha nokon nær skildra som viktig. Kvinnene (5) gav uttrykk for redsle over at sjukdomen kunne ramme akutt ein gong til. Då var det viktig å ha nokon å stole på. To av kvinnene uttrykte seg i ”me” form, ikkje i ”eg” form. Mannen stod nærast, gav omsorg og var ein sterk faktor til tryggleik den første tida heime:

*”Då eg kom heim frå sjukehuset passet mannen på meg. Han var engsteleg og det var trygt for meg å ha han der”. (K6)*

*”Vi er veldig, veldig tett og han var rundt meg 24 timar i døgnet. Me er saman meir enn me normalt hadde vore. Eg ringte til han om det minste og han kom heim med ein gong”. (K7)*

Ei av kvinnene stod i ei særstilling då ho budde ålene og hadde ingen som ”venta” på henne der heime. Hennar redsle for å oppleve akutt sjukdom tolkar eg som ei sterk skildring:

*”Heile tida låg eg med ytterdøra open, faktisk i fleire månader slik at folk skulle kome seg inn”. (K2)*

Til slutt bestemte ho seg for å tilkalle hjelp, først ei vennine og seinare heimesjukepleien:

*” Veninna mi kunne ikkje vere der så mykje. Eg klarte å kontakte heimesjukepleien slik at dei kom heim til meg to gongar kvar dag. Dei gjorde ingenting, men var der berre i saman med meg og det var veldig godt”. (K2)*

Kvinna tolte heller ikkje alle foreskrevne medisiner då ho slit med alvorlege allergi problem. Ein tilstand ho meinte var kjent, men ikkje tilstrekkeleg utreda før heimreise. Ho opplevde også smerter i bryst og skulder, men då ho i tillegg har fibromyalgi snakke ho seg bort frå redsla over moglege nye infarktrelaterte smerter. Til slutt ba ho om hjelp hjå fastlegen, som la henne inn på sjukehuset umiddelbart. Vegen til aksept var kronglet og kvinna slit med å tru fullt ut på fastlegen sin kunnskap om hennar hjartesjukdom. Ho fortel det gjer sitt til at kjensla av uvisse og utryggleik i kvardagen ikkje vil forsvinne.

Ei av kvinnene på den andre greina har ein annan historie å fortelje. Ho fortel korleis livet har dreid i positiv retning etter MI:

*”Så reiste eg heim igjen. Då var eldste sønn, kone og barn der. Jo familien støtter. Eg bur åleine og har 3 vaksne born. Fekk masse støtte frå gode kollegaer, blomster, klemmar og gode ord frå sjefen og alle dei andre. Eg fekk masse besøk. Det gjorde godt sidan eg hadde følt meg litt ensom før”. (K3)*

Støtte frå pårørande framhevar kvinnene som avgjerande. Dei tre kvinnene som er single kom i intervjuet stadig tilbake til utfordringar ved det å bu åleine. Ei vart svært rørt over det ho kalla *”menneske til menneske kontakten”*. Under intervjuet kom ei lita tåre fram:

*”Etter veker med sjukemelding møtte eg ein som kostar støv og skit i gata utanfor jobben min. Han ropte til meg at han også hadde hatt hjartefarkst. Kvar dag når eg no ser han pleier han å stoppe og gi meg ein klem. Det er godt, sjølv om eg sit på toppen i systemet og han egentleg på botnen”. (K2).*

Kvinnene (8) snakka om samhold, som sentral faktor for å kunne kjenne tryggleik etter heimkomst. Det menneskelege samholdet ved senter for hjarterehabilitering vart trukket fram som styrkande uansett kva grein kvinnene tilhørte. Det å oppleve ikkje vere åleine med ulike sjukdomserfaringar vart erfart av kvinnene som tryggjande. Ei av kvinnene kjente seg *”så dum”* etter fleire konsultasjonar hjå fastlegen. *”For når eg seier korleis eg har det, så er svaret at eg tross alt har ein koronarsjukdom. Akkurat som eg kan vite kva det går ut på”*(K2). Erfaringar etter hjarterehabiliteringa viste at ho ikkje er åleine om rytmeforstyrrelsar, hjartebank og høgt blodtrykk. I samtalar med dei andre forstod kvinna at ho ikkje trong kjenne seg evneveik fordi ho framleis hadde plager. To av kvinnene trakk fram behovet for å vere saman med kvinner, ikkje berre menn under rehabiliteringsopphaldet. Det å vere saman i grupper med kun menn gav ikkje det same utbytte som saman med andre kvinner. Begrunninga var at menn i mindre grad opnar for samtalar om psykiske sider av sjukdomen, som bekymringar for framtida, kjensle av nedstemthet og angsten for tilbakefall. Dei framsto som tøffare og mindre sårbare, slik at kvinnene tok større ansvar for vanskelege tema. Mennene delte i mindre grad erfaringar om psykiske *”nedturar”*:

*”Som kvinne føler du då at det er noko galt med deg fordi mennene er så inneslutta og aldri skal innrømme eller dele følelsar med andre”. (K7)*

Då samtalen dreide rundt seksuelt samliv etter infarkt var det for det meste viagra som opptok mennene, ofte flåsete framstilt. Kvinnene meinte at det å vere saman med andre kvinner i gruppa kunne berika rehabiliteringsopphaldet. Brorparten av kvinnene i studiet var saman med fleire kvinner i ei samansatt gruppe. Noko leiinga av rehabiliteringa påpeika som uvanleg.

### 5.3.2 Å ha kontroll

Uansett gruppetilhørighet skildrar kvinnene det å ha kontroll over eige liv som viktig. Kor ulikt kvinnene står etter infarkt med bakgrunn i forhistorien vert belyst meir inngåande her.

Ei av kvinnene som erfarte infarkt hardt og brutalt forklarar sin nye situasjon slik:

*”Eg har alltid hatt kontrollen, men no må eg avfinne meg med og ikkje ha kontrollen på same måten som før. Eg trur det er verre når ein er åleine. Eg er byrja å sove med døra låst for lenge sidan, men eg reiser ikkje på hytta meir åleine. Det tør eg ikkje fordi eg stoler ikkje på at sjukdomen plutseleg gjer seg gjeldande igjen”. (K2)*

Ei kvinne, som og bur åleine, har gjort seg andre erfaringar. Ho er ung å rekne i denne samanheng og skildra livet som vanskelegare og ikkje så kontrollerbart før MI:

*”No er alt blitt så mykje kjekkare. Etter sjukemeldingsperioden var over tenkte eg gjere det eg hadde lyst til før, men som eg ikkje hadde hatt ro til. Eg tenkte skitt au og satte meg i bilen og køyrte på ferie heilt aleine. Eg tør å gjere meir no av det som er ikkje orka og vågde før”. (K3)*

Også enkelte av kvinnene (3) frå gruppa (4), som brutalt opplevde sitt MI fortalte om ei første tid heime fylt med ein viss optimisme, *”dette kjem til å gå bra”*. Kvinna som overlevde hjartestans før PCI behandlinga var *”heilt i hundre”* etter utskriving frå sjukehuset. Etter seks veker kom tanken på døden:

*"Dette er ein ny tanke for meg at eg er dødeleg, eg trudde eg var ung og evigvarande". (K7)*

Ho vert intervjuva i eiga stove, og lyt ta pause då spørsmålet om korleis ho no kjenner seg kjem. Kvinna reiser seg og går på kjøkken etter meir kaffe. Tema er vanskeleg å samtale om. Angsten er blitt ein følgesvenn kan ho fortelje:

*"Eg byrja med merkelege tankar som eg trudde var infarkt ting, som at eg klødde på brystet. Eg fekk tre innleggingar på grunn av det som var heilt unødige". (K7)*

Tankane hennar er tunge å bere. På eige initiativ oppsøkte ho fagpersonar, som fastlege, psykolog og psykiater for å vinne tilbake kontrollen. For som ho seier *"eg skal ikkje til Kina, men ynskjer tur til hytta og kanskje til Frankrike saman med venner, slik me alltid har gjort"*. Ei annan kvinne tilhøyrande same grein strevar med vonde tankar og mareritt om hendingar langt tilbake i livet. Ein vond skilsmisse. Uoppgjorte saker som ligg og kvernar og ikkje slepp taket. Tankane kom først *"etter at besøka stilna og blomane visna"* (K8). Jevn kontakt med psykolog er også for henne ein måte å kome vidare på.

Iser for kvinnene (4) med ein forhistorie på greina der ingen sjukdom var venta, synte det seg tungt å miste kontrollen. Tidlegare stolte desse kvinnene på seg sjølv og sine evner. Brått og utan forvarsel vart alt forandra. Ei av kvinnene som arbeider i kreativt yrke forsøkte seg tilbake i jobb, for å oppdage at kreativiteten var borte. Alt var berre tårer. Også det fysiske har sin betydning. Arytmier, det og ikkje tole medisiner, nye smerter og ikkje akseptable resultat etter EKG har medført fleire angiografier og nye døgn på sjukehus:

*"Eg kan ikkje kalla det angst heller for det er jo heilt reelt. Eg får desse anfalla mine med flimmer og blodtrykket mitt er skyhøgt. Fastlegen min forstår seg ikkje på det". (K2)*

Kvinnene (4) som slit etter infarkt seier dei kjenner på uvisse og strevar med å tru på seg sjølv:

*"Etter siste innlegging vart eg satt litt tilbake, eg er ikkje så optimistisk lenger". (K5)*

Kvinnene (4) på motsatt grein var tvert imot prega av denne usikkerheten før infarkt:

*”Hjarta gjekk som ein hare..... eg var ofte på legevakta akutt, og sendt vidare til sjukehuset..... men eg vart alltid sendt heim igjen fordi alt såg så bra ut”. (K1)*

Etter PCI behandlinga erfarte desse kvinnene (4) ny meining med livet og såg kva dei sjølv kunne gjere:

*”Livet kjennes betre. Eg er lukkeleg fordi eg kan gjere noko med det sjølv. Eg har ei vennine som har kreft og ho er i ein annan situasjon”. (K4)*

### 5.3.3 Å tru på seg sjølv

Etter første tida heime byrjar kvinnene å orientere seg mot sin nye kvardag. Ein kvardag der kvinnene igjen skal reise på hytta, køyre i tunnelar, gå i klubb, leike med borneborn og invitere mor på middag. Kvinnene (4) som framleis er i yrkeslivet har som mål å kome tilbake i arbeid. Det handlar mykje om å våge leve livet fullt ut, som ei av kvinnene erkjente. *”Det er viktig å prøve fly sjølv”* (K7). Det betyr i hovudsak ei viss lausrivelse frå mannen. Motsatt for kvinna som opplevde kjæresten som ein sterk og livreddande støtte gjennom det akutte forlaupet, og som heller ikkje gav opp i kvardagen heime. For henne tyder det at ho ynskjer flytte saman med han etter år åleine:

*”Vennen min og eg skal mest sannsynleg flytte saman. Eg føler meg trygg på han no”. (K4)*

Ei av kvinnene, som erfarte stor støtte frå mannen nærast døgnet rundt, ville klare seg meir på eigenhånd. Noko ho meinte var tøffast for mannen, som måtte gi frå seg kontroll. Tida var komen for å prøve det som var vanleg før MI. Ei avgjerd som medførte å *”pushe seg gjennom angst-tinga”* (K7). For å forklare korleis, trakk ho fram redsla for tunnelar, som finst i mengder der informantene bur. *”Gjennom første tunnel aleine i bilen gaulte eg som gal og telte ned frå femti for å klare meg”*. Det kostar mykje å forsøke meiste ulike aktivitetar, men ho er klar på målet:

*”Eg vil ikkje forsnevrå livet med berre å bli sitjande i huset frårøva alt som kan gi meg glede”. (K7)*

Ho ynskte gjere ”alt ” som står i hennar makt for å gjere livet betre. Tolka som eit modig utsagn frå ei av kvinnene i gruppa som seier ho slit etter infarkt.

For å få eit større bilete av kvardagen var det viktig å få kunnskap om informasjonen kvinnene hadde å lite på etter utskriving frå sjukehuset. Difor vart det stilt spørsmål om kva kvinnene tenkte omkring informasjon.

Informasjonen varierte. Ei av kvinnene opplevde få ”slenkt” informasjonsbrosjyrar til seg. Andre (3) erfarte informasjon frå overlege og sjukepleiar som sakleg og nyttig. Nokre (3) av kvinnene hugsar lite, men meinte dei var informerte. Enkelte kvinner (4) spurde etter informasjon, andre ikkje. Det var ulike grunnar til det. Kvinnene hadde ikkje krefter til å spørje, var for ”omtumla”, nokre ville ikkje vite, andre hadde frå tidlegare erfaring lært seg å spørje, medan andre fann det naturleg å finne ut av det vedkomande lurte på. Nokre såg ikkje behovet då dei kjente seg friske og raske.

Alle vart informert om dei fysiske sidene ved MI, farane ved røyking, især for kvinner, og gevinsten ved livstilsendring. Ei av kvinnene ”*du ser jo så fin ut*” (K1), vart oppfordra til å leve vidare som før, men då fekk legen svar: ”*Kva veit du om det, du har ikkje eingong spurd meg korleis eg lever.*” Kvinnene er enige om at informasjonen om kva som skal skje der og då fungerte. Informantane kjente seg informert og ivaretatt når det gjaldt sjølve PCI behandlinga.

#### **5.3.4 Kvinner og grensesetjing**

Kvinnene (7) ser på stress som sitt største helseproblem i framtida. Det å ha kjent seg stressa og til tider sterkt overarbeida meiner brorparten av kvinnene er klar faktor til noverande situasjon. For å kunne meistre livet vidare med hjarteinfarkt set kvinnene (7) grensesetting som ein absolutt betingelse. Dei har også tankar om kvifor livet har blitt som det har blitt:



*”Eg skal ta meir hensyn til meg sjølv. La ting liggje og ikkje stresse. Eg har alltid hatt kontroll og ville få tingene fort gjort. No skal eg forandre på det. Masse hyggelegare ting å gjere og eg spør meg, kva er det eg kaver etter”? (K6)*

Kvinnene er villige til å ta eit oppgjær med fortida og all ankinga omkring kva ein burde gjere:

*”Eg vart spurt om det var viktig å vere siste veka på rehabiliteringa, om eg kunne kome til dottera mi å passe borneborn i stedet. Då sa eg nei. Før hadde eg sagt, sjølv sagt. No må dei ordne opp sjølv. Me har så godt forhold at dei ikkje blir sure”. (K4)*

Ei kvinne seier ho nok har slitt meir enn kva ho visste tidlegare i livet: *”Eg har vore aleinemor og jobba i full stilling og alltid stått på. Eg har likt livet mitt med spennande jobbar og ville ikkje hatt det annerledes”(K2).*

Ei kvinne samanliknar livet med mor si: *”Eg har jobba i 40 år og har hatt eigen bedrift, så me kvinner styrar på like mykje som mennene. Ikkje slik som før. Mor mi var heimeverande” (K4).*

Ei av kvinnene fortel om oppgåver det har vore naturleg for henne å påta seg og at ho tidlegare alltid har hatt ynskje om ”å stå på”, som ho kaller det. Ho peikar på at det ikkje er alt ein kan gjere noko med:

*”Me er fleire søsken, men berre eg som er jente..... det er jo sånn at det er mest kvinnene som tar seg av dei eldre foreldrene, det trur eg. Det ligg der heile tida, eg må ringe kvar dag og ja det slit. Eg må tenke kor lenge er det sidan ho var her på middag..... og for å vera heilt ærleg blir eg ikkje akkurat i godt humør av det. Ho er gamal og forventar eg skal stille opp..... og det er no heilt naturleg.....for det er jo ho som må oppmuntrast”. (K6)*

Fleire av kvinnene kjenner på sorg over å vere nødt til leve med MI og er bestemte på å vere meir glade i seg sjølve i tida framover. Kvinnene stiller seg spørsmål om kva som egentleg er viktig i kvardagen. Ei av kvinnene, som har fått ny giv, anbefalar kardemommelova, *”gjer dei tingene du har lyst til å gjere” (K3).* Ho går inn for å tenke over kva som gir glede, *”gi ein god F i kva andre synes om deg”.* Kvinna er opptatt av at eg som intervjuar har dei beste forhold og at eg sit godt, *”du passar på”*,

er mitt spørsmål. ”*Ja eg er kontrollfreak*”. Ho ynskjer å sleppe kontrollen, slutte å anke heile tida og ikkje pirke borti alt mogleg. Før var ho veldig sta og bestemt, slik er det og slik skal det vere og dermed basta. No er ho meir opptatt av det som gir glede og skal prøve ikkje bry seg med det andre. Eit ordtak ho presenterte er dette: ”*Bekymringar er avdrag du betalar på ei gjeld som aldri blir innfridd*”.

Ei av kvinnene som framleis slit etter infarkt, men meiner ho er over ”*det verste*” kan fortelje oss dette:

*”Når eg syklar ser eg meg rundt..... på blomane i vegkanten, på skyene..... eg er ingen andre stadar enn på sykkeltur”. (K8)*

### 5.3.5 Behovet for rehabilitering

Sjølv om fire av kvinnene såg nye muligheter etter PCI behandlinga betydde ikkje det at å leve med MI var uproblematisk. Kva som la begrensingar i kvinnene (8) sitt daglege liv varierte, men eit felles trekk var i hovudsak usikkerhet i høve til opplevinga av eigen kropp og helse og eit ynskje om hjelp til å setja grenser i eine eller andre retning. Ei av kvinnene sa:

*”Det handlar ikkje berre om den fysiske sida, for eg har jo trent før, men meir om hjelp til å setje grenser, vite noko om kor mykje.” (K8)*

Det vert viktig for kvinnene (7) å kjenne på kroppen sin yteevne. Noko informantane ikkje turde fullt ut heime. Først under fagleg veiledning ved senter for hjarterehabilitering gav dei seg hen under trygt oppsyn. ”Eg har fått meir sjølvtilitt”. Det å drive gymnastikk i bassenget var heilt utenkeleg før:

*”Eg føler trygghet her på kor mykje eg kan ta meg ut.....kor sveitt me kan bli”. (K5)*

Vegen til hjarterehabiliteringa var for enkelte altfor lang og kom først etter reinnlegging og timar hjå fastlege og psykolog, men vart av informantane ikkje problematisert. Deira hovudfokus var istadan retta mot nye erfaringar og ny kunnskap omkring det å leve med MI. Kunnskap kvinnene (8) meinte dei ikkje kunne klare seg

utan, som kvinna i bassenget. Ho var redd for å utfordre seg sjølv ”*eg var engsteleg for å bli sjuk*” (K2). Kvinna erfarte at ho ikkje vart sjuk av treninga, ”*vert imot vert hjarta sterkare av aktivitet*”, kunne ho fortelje. Korleis kvinnene (8) erfarte tryggleik, samspel og kommunikasjon med dei andre deltakarane ved rehabiliteringa for hjarte og lungesjuka er skildra under kategori 5.3.1.

Det å forstå sin eigen situasjon og det å vinne att helsa vart framheva som betydningsfullt av kvinnene. For å klare kome så langt erfarte kvinnene viktigheten av ”*å stresse ned*”. Å vite noko om kva som kan gjerast for å unngå psykisk og fysisk overbelastning. Stressmeistring er sentralt tema på hjarterehabiliteringa og kvinnene ”*saug til seg kunnskap*”(K2), som ei av kvinnene valte å uttrykkje det.

Det som såg ut til å gi størst grad av uro og stress var spørsmålet om jobbsituasjonen. Fem av kvinnene var delvis tilbake i tidlegare stillingar. Ei av kvinnene fekk ein annan stilling i same firma etter MI. Det skjedde først etter fleire innleggingar på sjukehus og utvida sjukemeldingsperiodar. Ho opplevde sjå haugen med arbeid vokse for kvar dag ho var borte med sjukdom. Noko som gjorde henne svært mismodig. Hennar framtidsplan er å holde ut i jobben to år til. ”*Då kan eg gå av med tidleg pensjon*” (K6). Samstundes gjeld det å overleve kravfulle kvardagar. Med ei mor som er gamal og skal ha sin oppmerksomhet. Borneborn som gir stor glede, men tar krefter. Krefter kvinna ikkje kjenner ho har. Etter møte med leiinga er arbeidsituasjonen no under kontroll slik at det er mogleg å fortsetje med oppgåver som er overkomelege. Dotter og mann tar husarbeid og det lettar.

Ei av kvinnene set jobben høgt og har alltid søkt store utfordringar:

*”Når det står på som verst med hjartebank midt under eit foredrag har eg lært stressmeistringsteknikkar. Eg pustar roleg og tar ein liten pause der eg drikk litt vatn. Ingen merkar at eg slit litt. Eg er fornøgd med at eg klarar meg så godt og har tenkt å fortsetje i arbeidet mitt, men kun i to år til”. (K2)*

Det var ikkje slik ho hadde tenkt det, men kan ikkje klare meir på grunn av MI. For som ho seier, ”*eg får overhodet ikkje tid til å kjede meg eller slappe heilt av*”.

Kreftene går til å klare jobben. Ei tredje kvinne ”ventar” på inspirasjon til å fortsetje

sitt arbeid. I mellomtida gjer ho alt som er mogleg for å stille uroa og usikkerheten som riv og slit i sjela. Ho vert intervjuva i tidleg fase etter infarkt. ”*Alle seier det vil gå over*” (K8). Ho meiner det er ei fattig trøyst og kunne ynskja meir fokus på psykiske vanskar etter gjennomgått MI.

To av kvinnene la vekt på ikkje å kjennne seg som pasient og tar ansvar sjølv:

*”Skulemedisinen har gjort det han skal, men takket vere meg har det gått bra”.* (K1)

*”Eg vart sjuk og deretter reparert og no ser eg kun positivt på framtida”.* (K3)

Ei av dei kjente på litt dårleg samvet over å benytte alle desse dagane på rehabiliteringa og tenkte i utgangspunktet at det ikkje var naudsynt. Etter opphaldet ser ho annanleis på det. Ta kosthaldet, seier ho. ”*Eg trur på sunn mat, men lærte fort at mykje kan gjerast betre. Berre det å setje fruktfatet fremst på bordet, framfor kakene, er ny tankegong for meg*” (K3).

Kun ei av fire kvinner som røykte før infarkt røyker fortsatt. Kvinna meiner ho treng tobakken då det er mange andre krav som vert stilt. Sigaretten skal bort, men først skal ho møte vennen sin familie langt borte og røyken er støtte på turen. Målet er røykekutt på sikt. Dei tre andre som var røykavhengige, ”røyken er min beste venn”, kutta momentant etter sjukdomsdebuten. Det vart erkjent enkelt utan noko forklaring eller fleire spørsmål frå mi side.

Uansett kva grein kvinnene i utgangspunktet tilhørte meinte kvinnene (8) at hjarterehabilitering av eine eller andre kategori burde vore obligatorisk for alle. Men dei framheva at kvinnene kunne trenga hjelp til å søkje seg inn då mange kvinner ikkje var istand til å sjå sin eigen situasjon i løpet av opphaldet på sjukehuset.

## 6. Drøfting av funn

Studiet har til hensikt å undersøke kvinner sine erfaringar i kvardagen etter behandling for MI. Funn er komen etter intervjusamtaler med åtte kvinner i ulike stadie av rekonvalesens etter å ha gjennomlevd ein alvorleg og livstruande sjukdom.

Målet mitt er i første del av drøftinga å vise kven kvinnene var før MI. Korleis kvinnene erfarar å få sjukdomen MI og kva informasjon kvinnene hadde om MI før dei sjølve vart ramma. I andre del av drøftinga vert strevet etter å vinne att helsa skildra. Kvinnene sin søken etter å finne meining og korleis rehabiliteringa hjelper kvinnene i kvardagen med å utvide grensene sine, men og korleis setje grenser. Funn vert drøfta i ljøs av tidlegare studie og teori om stress og meistring.

Forskingsspørsmåla ein og to, korleis det er for kvinner å bli ramma av MI og korleis kvardagslivet vert påverka som følgje av MI, utgjer strukturen for drøftinga, saman med sjukepleiefaglege implikasjoner.

### 6.1 Korleis er det for kvinner å bli ramma av MI?

#### 6.1.1 Kvinnene før MI

MI er ikkje ukjent for kvinnene då fleire i nær slekt, som mødre, fedre, brødre, onklar og tanter erfarte MI i 50 års alder. Fleire av kvinnene fekk konstantert forhøga kolesterolverdiar i byrjinga av 50 ára, tok ansvar på eige initiativ og la om til meir hjartevennleg kosthald. Andre underviste om sunt kosthald og framheva at dei aldri har vore glad i feit mat, men heller foretrekk sunne alternativ. Kvinnene er i stor grad høgt utdanna med gode stillingar i arbeidslivet og kunne og fortelje om aktiv fritid med stort innhald. Fire av åtte kvinner røykte ikkje og hadde heller aldri gjort det. Kvinnene var omkransa av trygt nettverk, som mann, kjæreste, born, søsken, venner og arbeidskollegaer. Med denne bakgrunn meinte kvinnene dei rådde over livene sine og kjente seg såleis vonbrotne over å få livsstilssjukdomen MI. MI er i dag ofte

forbundet med middelaldrande menn som ikkje passar kosthaldet, trimmar for lite, er overvektige og røyker (Frich, 2008). Ein sjukdom for dei som ikkje rår over livene sine, i kontrast til kvinnene i studiet. Ikkje til og undrast over at kvinnene såg på det som "uhørt" å få MI. Noko pårørande gav støtte til.

Arv er viktig årsak til MI. Samtlege kvinner i studiet kunne vise til arvelege faktorar. Kvinnene var i gjennomsnitt 58 år og utan beskyttelse av hormonet østrogen. Andelen kvinner som får MI aukar i åra over klimakteriet og med far under 55 år og mor under 65 år ved sitt første infarkt, kan det vere grunn til å vere ekstra påpasseleg. Høgt kolesterol, ikkje ukjent for kvinnene, er grunnleggjande for utviklinga av sjukdomen. Kvinner som røyker er ekstra utsatt for MI, iser etter klimakteriet (Njølstad og Arnesen, 1998). På spørsmål om kva kvinnene meinte førte til at dei fekk MI, svarte alle stress. Å kjenne seg overarbeid det meste av livet var noko kvinnene i studiet poengterte var hovudårsaken til MI, slik dei såg det. Funn i studiet speilar delar av ei samfunnsretning der kvinnene i aukande grad er ansvarlege på alle frontar. Kvinnene tilhøyrer i hovudsak likestillingsgenerasjonen, født mellom 1951 og 1965. For kvinner sin del har det medført utdanning og aukande innflytelse i alle ledd i samfunnet, som er positivt. Likevel viser det seg at kvinner av denne generasjonen fekk dobbelt opp med arbeid, både ute og heime (Lian, 2007; Schenck-Gustafsson, 2003). "Eg lyt klara med alt, både styra med eiga bedrift og ta alt ansvaret der heime, motsat til mor mi som kun hadde ansvaret i heimen" fortalt av ei av kvinnene i studiet. Innan forskning på MI vert det i dag framheva at tradisjonelle risikofaktorane kun forklarar delar av risikoen for CVD. For å kunne forstå utviklinga av MI hjå kvinner iser, er ulike forskarar byrja vise interesse for kva sosiale forhold, depresjon, helseadferd og psykologiske faktorar har å bety for kvinnen sin helsestatus. Kvinner sine liv er ofte karakterisert ved dei mange ulike sosiale rollene kvinner har, som ektefelle, kjæreste, sjef i heimen, arbeidar og omsorgsperson for alle i familien. Det kan vere teikn som tyder på at desse forhold saman med meir tradisjonelle risikofaktorane spelar ei rolle for utvikling av CVD (Orth-Gomer, Chesney og Anderson, 2005). Ikkje ulikt det kvinnene kom fram til frå sine erfaringar. Dersom ein ser på dei tradisjonelle risikofaktorane saman med mindre

---

etablerte risikofaktorar kunne kvinnene stå i fare for å utvikle MI slik det er mogleg å tolke materialet. Kva kan grunnen vere til at kvinnene derimot var lite bevisste på at dei sto i fare for å utvikle MI og kan det få følgjer for kvinnene i kvardagen?

Ulike informasjonskampanjer set i stor grad søkeljoset på kvinnene sine symptom i høve til akutt MI, som er viktig. Korleis utsatte kvinner kan forebyggje er det sannsynleg mindre fokus på. Noko som samsvarar med tidlegare forskning og data frå nyare studie. Løvlien (1997) fann på 90 talet at kvinner i Noreg ikkje oppfatta ulike røykekampanjer til også å omhandle dei. Ho fann tyngde for at helseinformasjon mest var forma med tanke på menn som målgrupper. Botskapet traff derfor ikkje kvinnene (ibid.). Informasjon om ulike risikofaktorar når ikkje alltid ut til dei som treng han mest, som kvinner med familiære disposisjonar. Tilbakemeldinga frå kvinnene i USA er at media framleis gir uklar informasjon om følgjene hjarteskjdom har hjå kvinner (Mosca et al, 2008). Samsvarande med funn frå dette studiet der kun få av kvinnene var oppdaterte på kvinner og arvelighet i høve til MI. Faglege kampanjer iverksat av European Society of Cardiology, allereie i 2005, har openbart heller ikkje nådd heilt fram hjå alle han var meint å treffe. Kvinnene i studiet erfarte å kome til lege med forhøga kolesterolverdier, arvelighet i familien og røykevaner utan å bli ”advart” mot skjdomen eller fulgt opp vidare. Forsking innan og utanlands tyder på det same, at legar overser kvinner sin risiko for hjarteskjdom, sjølv om kvinnene kunne vise til familiære disposisjonar (Musca et al, 2008; Frich, Malterud og Fugelli, 2006). Truleg gjer kvinner det same, vurderar det å ha ein familiær opphopning av høge kolesterolverdier som lite risikofyllt, sidan dei og trur MI framleis er ein mannsskjdom (Frich, Malterud og Fugelli, 2006). Resultatet kan verta at kvinner i mindre grad deltar i den positiv nedgangen av CVD som USA opplever i dag (Musco et al, 2008; Patel et al, 2007). Noko som bør gi grunn til uro i kvardagen for oss alle. Kvinnene i studiet brukte denne uroa som grunn for å delta i studiet. Det å kunne bidra med egne erfaringar for å informere og hjelpe andre kvinner i liknande situasjon.

---

Ein utilsikta effekt ved massiv helseinformasjon er at han kan gi grobotn for eksistensiell angst, som igjen kan gi sjukdom som informasjonen var meint å forebyggje (Getz, 2006, Kirkengen, Getz og Hetlevik, 2008 ). Enkelte av kvinnene i studiet valte å stenge ute helseinformasjon av ulikt slag då redsle raskt kunne ta over i kvardagen. Også det å motta informasjon om MI etter behandling på sjukehus vart problematisk. Informasjon om hjarta sin funksjon og i detalj få kunnskap om kroppen sine blodårer førte til grundig skaking. Ein vane vart derfor å flykte frå det brysame. Nekting kan i fleire høve vere formålstjeneleg meistringstrategi. Iser dersom det ikkje er råd å finne. MI derimot er rekna som livsstilssjukdom der rett behandling og medisinerer i tillegg til eigen motivasjon har betydning for utfallet. For menneske med MI kan nekting vere risikabelt dersom ein flyktar frå det som kan vere medverkande til MI (Lazarus og Folkman, 1984). Fleire av kvinnene røykte før MI. Kvinnene i studiet er høgt utdanna og ein kan anta dei sat med kunnskap om skader tobakk kan forårsake. Lazarus og Folkman (1984) hevdar ein måte å meistre verden på er gjennom regulering av kjensler. Ein emosjonsfokusert meistring rettar seg mot mekanismar som påverkar tankar og kjensler, der ein unngår å tenkje på det brysame eller kva trussel røyk kan volde Ei av kvinnene sa ho tenkte røyken kunne gi sjukdomen KOLS (Kronisk obstruktiv lungesjukdom), men tenkte ikkje på MI. Like fullt var ho ei av kvinnene som revurderte situasjonen, tok ansvar og slutta momentant då livet stod i fare. ”Eg slutta å røyke då helikopteret kom for å hente meg.” Avgjerda var tatt før informasjonen om ulike risikofaktorar, iser røyking, vart introdusert på sjukehuset. I følge Lazarus og Folkmann (1984) har alle menneske sine karakteristika, som intelligens, utdanning, økonomi, støtte frå pårørande, helse og energi. I saman framstår dei ulike ressursane som karakteristiske for menneske og kan gi forklaring på kvifor me tenkjer og virkar som me gjer. Kvinnene i studiet kan karakteriserast som ressurssterke og vurderte sin røykestatus til å vere så truande at dei valte røykekutt mest sannsynleg for å kunne betre helsa på sikt. Revurdering er ifølge Lazarus og Folkmann (1984) ein effektiv meistringsstrategi. Å ha kontroll vert sett på som viktig for kvinnene og motet til å slutte røyke kan vere eit prov på at kvinnene trur på sine ressursar og set i gong tiltak for å bøte på situasjonen. Noko



---

som indikerar ein problemfokusert meistringsstrategi, rekna som ein hensiktsmessig strategi (ibid.). Eit studie frå USA hevdar at eit fleirtal av kvinner innser at røykekutt vil gi helsegevinst og at det er dei med høgast utdanning, som truleg er mest innstilte på ei endring (Froelicher, Christopherson, Miller og Martin, 2002).

Ikkje alle menneske har tru på egne ressursar. Det og ikkje ha kontroll over eiga helse kan føre til kjensler av skuld og skam. Krava til livsstil kan bli så høg at mange kjem til kort, også i tida etter eit infarkt. Forakt for svakhet, kan iser gå utover menneske med overvekt. Grensa mellom det som er fordommar hjå sjukepleiar og lege og legitime helseargument er ikkje alltid enkelt å sjå. Å kjenne på avmakt og det og utsettjast for krenkande oppførsel har vesentleg patogenetisk betydning ifølge nyare forskning. Å kjenne seg feil og uønska kan påverke menneske både psykisk og fysisk (Getz, 2006; Kirkengen, Getz og Hetlevik, 2008 ).

---

### **6.1.2 Å få sjukdomen MI**

At alvorlege krenkingar set spor er noko enkelte av kvinne i studiet erfarte. Utsagn som ”å kjenne seg som ein tullebukk” når ein kjem til lege med symptom på alvorleg sjukdom er ikkje godt utgangspunkt for kvardagen vidare etter MI. Mange legar ber framleis med seg synet og trua på at middelaldrande menn, gjerne taxisjåførar er dei som får MI (Frich, 2008). Funn kan tyde på at når legen så vert presentert for ei slank og spenstig kvinne, kan diagnosen verte meir kvinnleg, som senebetennelse. Då hjelper ikkje tigerbalsam, som ei av kvinnene vart anbefalt. Kvinner har oftare andre symptom enn menn ved akutt MI (Løvlien, 1997, 2001; Devon et al, 2008). Noko fleire av kvinnene kjente til. Hovudvekta av informantane erfarte imidlertid, som brorparten av både kvinner og menn, smerter i bryst med utstråling til venstre arm, problem med å puste, kvalme og sveitte (Berg, Björk, Dudas, Lappas, Rosengren, 2009; Patel, Rosengren, Eckman, 2004; Otterstad et al, 2002). Funn viser at ingen av kvinnene var kjente med at kvinner og menn vanlegast opplever same symptom. Kunnskapen om at kvinner oftast har andre symptom enn menn ved akutt MI er nådd inn, også i helsevesenet, som ei av kvinnene fekk erfare. Hennar situasjonen vart

prekær då ho rapporterte om ”menn sine symptom” og fekk tilbakemelding hjå helsevesenet at kvinner skal ha andre symptom på MI enn menn. Følgjande spørsmålet kan stillast: Har fokuset på kvinner sine symptom skugga for at menn og kvinner erfarar same symptom, slik at det vanlegaste ikkje vert det ”normale”? Kan einssidig vektleggjing i faglege og publikumsretta kampanjer føre til mistolkningar både hjå kvinnene, deira pårørande, men også hjå helsevesenet? Funn kan vise grunn til bekymring.

Det og ikkje bli trudd, å kome sent til behandling, å verta sendt rundt på sjukehuset frå avdeling til avdeling før det vart bestemt at hjarteavdelinga var rette staden å vere for ei kvinne med MI førte til mismot. Ei kjensle fleire av kvinnene i studiet måtte bearbeide i kvardagen etter utskrivning frå sjukehuset, i tillegg til belastninga med å få diagnosen MI. I studiet var det ikkje berre legestanden som underkjente MI. MI diagnosen viste seg vere vanskeleg å godta også for kvinnene i studiet. Ei av kvinnene stod i ei særstilling og såg faren for MI tidleg i livet. Ho levde etter helsemessige idealer, men som dei andre fekk ho sjukdomen. Ord som sjokkerande, utenkeleg, uvventa og ufatteleg skildrar brorparten av kvinnene sine kjensler omkring det å få MI. Brått vart alt forandra og kvinnene kjente ikkje igjen sin eigen kropp. Ein kropp dei tidlegare var fortrolige med og stolte på gjennom arbeidsame år. Kroppen sviktar og kvinnene står tilbake med kjensle av utryggleik i høve til eiga helse, eller til seg sjølv. Benner og Wrubel (2001) hevdar at begrepet ”*concern*” handlar om korleis menneske definerar seg sjølv. Kva eit menneske er og korleis det erfarar verda og sitt forhold til verda inngår i begrepet *concern*, omsatt til norsk som, ”*menneske sitt spesielle anliggende*” (Kirkevold, 2001, s. 2001- 2002). Tilsvarande vart funne av Johansson (2005). Kvinnene i det svenske studiet fortalte at infarktett var vanskeleg å forstå. At kroppen kjentes ubegripeleg og at kvinnene ikkje var trygge på sin situasjon. Erfaring som finn gjenklang i eit studie som viser korleis kvinner opplever hjerneslag, og korleis dei erfarar kroppen som framand og ikkje til å lite på (Kvigne, Kirkevold og Gjengedal, 2004). Hjå kvinner med slag kjem mest sannsynleg nedsatt førlighet inn i bilete. Det er ei belastning kvinner med MI truleg ikkje treng ta stilling til i same grad, men kjenslene rundt det å miste seg sjølv kan vere mykje lik. Ei av

kvinnene i studiet sa ho hadde akseptert kreftdiagnosen sin, ryggglidinga og sjukdomen fibromyalgi, men MI diagnosen farga livet grått då grensene for kva ho kunne gjere vart så sterke. Funn i dette studiet, tyder likevel på at situasjonen og sjølvbilete raskt endra seg mot det positive for ei rekke av kvinnene, dog etter at første frykta eller trusselbilete er over. Noko som vert skildra meir inngåande i neste del av drøftinga.

Det kan tenkjast at livsstilssjukdomen MI bringer med seg ei ekstra bør, som gjer at menneske lyt forsvare sin identitet når spørsmål omkring MI kjem. Identitet handlar om kven ein er og kva ein står for og korleis livet formar seg. Eksistensielle følelsar, som angst, frykt, skuld og skam er slik Lazarus (2006) ser det, ein trussel mot personlege identitet. Det sentrale i skammen er at ein ikkje har klart å leve opp til sine personlege idealer, som igjen kan så tvil om grunnleggjande menneskelege kvalitetar. Skuld og skam er alltid sosiale kjensler då dei handlar om korleis ein blir sett av andre (ibid.). Alle menneske har erfaringar i større eller mindre grad med kjensler av skuld og skam, mogleg dei med livsstilssjukdom i større grad? Frich (2008) studerte kjensler med skuld og skam i eit studie om erfaringar i høve til det å ha genetisk riskiko for hjartesyjukdom. Det kom fram at menneske kunne kjenne skuld for korleis dei håndterte sin tilstand, men at terskelen for å erfare skuld og skam varierte Andre studie peikar på at kvinner i større grad enn menn brukar passive meistringsstrategiar der og nekting og kjensler av skam er involverte (Kristofferzon, Løfmark og Carlsson, 2003). Kvinnene i dette studiet kjente seg meir foruretta enn skamfulle, slik eg tolkar deira utsagn rundt det å få MI. Ei kjensle som kan vere betre utgangspunkt for kvardagen etter MI, då skam er ei vanskeleg kjensle å bøte på, mogleg den vanskelegaste ifølge Lazarus (2006).

For å flytte helsa tilbake til folket, meiner professor i sosialmedisin Fugelli (2003) at helsebegrepet lyt realitetsorienterast og heller halde seg med rausare begrep, som også rommer feil, sjukdom og fare. Samfunnsmedisinen bør trolig avgrense seg til å førebyggje skade, ikkje designe lykke. Derfor lanserte han ”nokpunktet”. Nokpunktet vert skildra om ulike søken i livet, ”null fett, null sigarett, null synd, null latskap, som

kan gi liv uten raushet og trivsel. Han meiner at nulltoleranse er eit farlig ord, som bør bytast med noktoleranse. Menneskene er ulike, livssituasjonane ulike, derfor må helsene få vere ulike (ibid.). Fleire ser på den individuelle livsstilsmodellen som for makeleg for gjeldande styringsorgan og meiner helse på godt og vondt, som livsstil i stor grad er resultat av dei rammevilkåra den enkelte lever under. Myndighetene burde heller gjort noko med dei tilhøva enn å valde menneske skuld og skam for feil livsstil (Getz, 2006; Fugelli, 2003).

Eit kontroversielt spørsmål i faglege miljø er kven som skal vere gjenstand for risikovurdering i høve til primærforebyggjing? For mange kan det synast underleg å ha motforestillingar mot at menneske skal undersøkast og deretter følgjast med råd og veiledning og kan hende medikamentelt behandlast dersom det viser seg gunstig. Andre peikar på at ein lyt vise varsemnd med ei slik inngripen i menneske sine liv, då det kan føre til at friske overtar ressursar som burde vore etla sjuke. Ei aukande medikalisering og kontrollering kan endre menneske si oppfatning av helse som ikkje treng vere til det gode (Klemsdal, 2009, s. 6). Ein effekt kan og vere at alt eit menneske foretar seg er for å trene og betre helsa, endog hagearbeid vert trening. Benner og Wrubel (2001) peikar på at skilje mellom arbeid og fritid er nesten opphøyrtdå ulike aktivitetar i fritida, som har verdi i seg sjølv, ofte vert sett på som middel til høgare helsemessig status, ikkje som glede og avkobling.

Spørsmåla omkring livsstilsmodellar og medikalisering er ein diskusjon som med fordel kan løftast opp på eit samfunnsnivå der nye steg begrunnast og debatterast ut frå eit heilskapssyn på kor langt me er villige til å gå.

---

## 6.2 Korleis vert kvardagslivet påverka som følge av MI?

Funn viser at kvinnene sine historiar med og utan sjukdomskjensler i tida før MI kan ha betydning for kvardagen etter utskriving frå sjukehuset. Korleis kvardagen kan påvirkast utifrå kva grein kvinnene sat på vert drøfta nærare her.

Som skildra tidlegare er kvinnene i studiet i eige av bestemte karakteristika (Lazarus og Folkman, 1984), eller motstandsressursar, som professor i medisinsk sosiologi Anontovsky (1991, 2000) vel å kalle ressursane eit menneske har. I følge Antonovsky (1991, 2000) er motstandsressursane kun potensielt tilgjengelege, det er opp til kvinnene å ta ressursane i bruk for å meistre ulike utfordringar eller ikkje. Data viser at kvinnene er rike på ressursar og har også det til felles at dei har vore gjennom alvorleg traume, er behandla med PCI og er no tilbake i kvardagen. Utgangspunktet for å kunne håndtere MI hensiktsmessig kan derfor tenkjast vere lik på viktige område. Likevel viser funn at kvardagen etter behandling for MI fortonar seg ulik for kvinnene, ”på godt og vondt”, som tittelen på studiet antydgar. Ei årsak kan vere at det *å få ein diagnose* erfarast annleis enn det *å få diagnosen MI*. I skildringa av ”korleis er det for kvinner å bli ramma av MI” viser funn at det *å få diagnosen MI* er ufatteleg og vanskeleg å godta for dei fleste av kvinnene. Det *å få ein diagnose* derimot vert erfart som forventa og sett på nærast som ein lettelse for fire av dei åtte kvinnene i studiet, då dei i lengre tid hadde kjent på sjukdom og nedsatt velvere.

Både Lazarus og Folkman (1984) og Antonovsky (1991, 2000) skildrar verdien av å forstå samanheng eller begripelighet i det som hender. Eit mønster i materialet viser at fleire av kvinnene forventa alvorleg sjukdom i framtida, då kvardagen før MI var prega av smerter, uro, angst, og trøytleik. Ei av kvinnene kjente seg så elendig siste året før MI at ho trudde døden var nær. Ei fann det enklast å tilbringe nærast all tid på kontoret med overtidsarbeid, då samvær med andre syntes uoverkomeleg. Det å få ein diagnose vart derfor satt inn i ein større samanheng då desse kvinnene nesten forventa at sjukdom, eller død ville kome. Det å gå å vente på ein diagnose er nesten verre enn

å få den. Noko det er kunnskap om (Benner og Wrubel, 2001; Giske, 2007; Heggdal, 2008; Løvlien, 1997).

Frå eit medisinsk synspunkt er det heller ikkje tatt ut av sin samanheng at fleire av kvinnene stod i fare for MI, ser ein på arvelighet og røykevaner. Hjartekramper kjem ofte forut for MI og kan erfarast som tung pust, uro, engstelse, trøytleik og generelle smerter i kroppen over lengre tid (Eikeland, Gimnes og Madsen Holm, 2005). Uklare symptom, som ikkje umiddelbart forbindast med hjartesyjukdom er ofte vanskeleg å forstå for involverte partar (Devon et al, 2008; Løvlien, 2001). MI manifestar seg ofte i ein akutt kritisk situasjon der stoda for den einskilde kan bli livstruande dersom tilstanden ikkje betrast. Korleis den akutte situasjonen kan erfarast er skildra meir inngåande i innleiinga, under eit pust av døden. Etter PCI behandlinga, rekna i denne samanheng som beste behandling (Mueller et al, 2002), kjente kvinnene på ny og betre helse og har kun i mindre grad opplevd tilbakefall av symptom. Det har gitt dei trua tilbake på livet og kvinnene ser meir optimistisk på framtida. Det kan også ha samanheng med at kvinnene erfarte å bli tatt godt hånd om på sjukehuset, dei stolte på helsepersonalet og såg at store resurssar var til disposisjon for å håndtere deira situasjon. Tidlegare forskning viser at det ikkje alltid har vore sjølv sagt for ei kvinne å få beste behandling (Schenck-Gustafsson, 2003). Kan hende det har samanheng med, i tillegg til andre faktorar, at kvinner i dag forventar å bli handsama på lik line med menn når dei er innlagte på sjukehus (Foss og Hofoss, 2004).

Kvinnene derimot, som ikkje venta sjukdom av noko slag finn inga meining i det som hendte. Studie viser at for menneske, som erfarar sjukdom brått utan å kjenne seg sjuke på forhånd, kan fokuset på identitet og sjølvforståing forsterkast (Eilertsen, 2005; Kvigne, 2004). Fleire opplevde at helsepersonell ikkje klarte å håndtere situasjonen hensiktsmessig og verdifull tid gjekk bort ved ikkje bli innlagt på hjarteovervåkinga i utgangspunktet. Kvinner vert oftare enn menn innlagt på vanlege sengepostar ved spørsmål om MI (Schenck-Gustafsson, 2003). Enkelte av kvinnene kjenner seg derfor usikre på kor stor skade MI kunne ha gjort på hjarta sin funksjon, då dei i ettertid vart informerte om kor viktig det var å kome raskt til behandling.

Data viser at flest menneske dør av MI før dei når sjukehuset og at tida frå symptom oppstår til behandlinga er iverksatt er av betydning for hjarta sin funksjon vidare (Boersma, 1996). Hå fleire av kvinnene i studiet er tida etter utskriving prega av uvisse omkring forståinga av symptom. Hudkløe på brystet, set enkelte kvinner i høgste beredskap, og vegen tilbake til sjukehuset vert kort. Reelle og meir utenkjelege symptom leiar kvinnene inn i depressive tankar og eksistensielle spørsmål som, ”dør eg neste gong”?

Sjukepleiar Giske (2007) har i sin doktorgrad undersøkt kva venting på ein diagnose kan bety for menneske. Teorien førebuande venting viser korleis pasientar arbeidar med å finne ut av og forstå kva som skjer med dei. Giske skildrar korleis det er å leve med uvisse for framtida og korleis den einskilde balanserar mellom håp og fortvilning. Saman med smerter og problem som dei ulike symptoma gir, utgjer dette ei stor byrde for pasientane (ibid.). Teorien om førebuande venting og det som er skildra her, *å få ein diagnose kontra å få diagnosen MI*, kan samanliknast. Ulikskapen ligg i at den eine gruppa kvinner erfarer uroa og den førebuande ventinga før MI diagnosen kjem. Medan andre gruppa kvinner erfarar uro og venting ved å behøve finne ut og forstå kva som skjer med dei i kvardagen etter MI diagnosen. Slik eg tolkar det treng ikkje kjenslene hjå kvinnene vere ulike, men dei kjem til ulik tid. Tilsvarande finn eg hjå Heggdal (2008). Kroppskunnskaping er ein teori om ulike fasar menneske går gjennom ved kroniske sjukdomstilstandar, også MI. Teorien inneheld fire bolkar der ein går frå eit ikkje akseptierende syn på sjukdom til å finne ny meaning og helse i siste fase. Pasientane er ekspertar i den helsefremjande prosessen. Fasane går om ein annan og er ikkje avhengig av kvarandre. Ord som er brukt for å skildra dei ulike fasane er tap, savn, uvisshet, brutte håp og tolegrenser, ofte negativt lada uttrykk. Eit ankepunkt kan vere at teorien om kroppskunnskaping og forskning omkring kronisk sjukdom ikkje tar nok hensyn til det fleire av kvinnene i dette studiet viste veg til, at ein tilstrekkeleg symptomatisk behandling ofte gjev så god lindring at kvardagen kan verta betre å leve i. Studie viser at alvorleg sjuke menneske ofte omdefinert livene sine der dei gler seg på ny over livet då MI bringer med seg muligheter til eit liv der

dei tar betre vare på seg sjølv (Norekvål, 1998, et al, 2007). Ein skilnad kan likevel vere at kvinnene i denne undersøkinga fekk beste behandling (PCI) for MI, i motsetnad til kvinnene i Norekvål et al (2007) sitt studie, som i større grad fekk trombolyse og medikamentell behandling. Kvinnene var eldre enn i dette studiet og kjente på dårlegare livskvalitet i høve til psykisk og fysisk helse i kvardagen samanlikna med kvinner frå den øvrige befolkning. Likevel rapportere dei like høg, endog høgare livskvalitet når det gjaldt psykososiale forhold. Noko forskarane i stor grad etla den salutogenetiske tenkema, korleis positiv livsinnstilling og meistring kan verka inn på kvardagen nærast uansett kor dårleg ein kan ha det, slik konklusjonen er tolka av denne lesar. Å vektleggje positiv livsinnstilling kan vere tjenleg for einskildmennesket iser når ein må leve med kronisk sjukdom (Antonovsky, 1991; Malterud og Hollnagel, 1999). Dette studie bringer med seg også andre tankar og undringar omkring korleis ein kvardag kan vere etter MI. Halvparten av kvinnene i dette studiet meinte dei ikkje kjente symptom, som gav grunn til engsting, uro, smerter, dei tidlegare var kjente med, etter behandlinga, skildra fleire gongar i denne teksten. Ei von for framtida for mange kvinner med MI, kan såleis vere å få like god behandling som menn (Schenck-Gustavsson, 2003), som igjen kan gi muligheter for betre utgangspunkt for kvardagen (Pettersen, 2008). At kvinner ikkje alltid treng å gjere det beste ut av det som er. Medisinsk sett restituerast hjartamuskulaturen etter omtrent åtte veker og utsiktene til betre livskvalitet kan vere god (Mæland, 2006).

---

### **6.2.1 Å vinne att helse**

Sjølv om kvinnene har ulikt utgangspunkt for kvardagen etter behandling for MI, slik funn kan tyde på, inneber den akutte opplevinga og diagnosen ein trussel (Lazarus og Folkman, 1984). At sjølv livet sit i hjarta, er rotfesta hjå mange. Derfor kan ikkje hjarta bli sjukt og ikkje sjukt over lengre tid fordi det då er uforenleg med liv. Hjarta er også sete for kjensler og hjarteverk kan også tyde hjartesorg (Larsen, 2007). Ei av kvinnene uttalte, ”det betyr ingenting for meg om det er eit stort eller lite infarkt. Det



er hjarteinfarkt uansett og det er det eg tenkjer på”. Derfor vart det å brått stå ”reparert og informert” på veg heim, som forteljinga i innleiinga ber budskap om, i overkant av kva kvinnene kunne klare, også for kvinnene som såg samanheng i det som skjedde.

Kvinnene i dette studiet kjente seg stort sett trygge på sjukehuset, men kjensla av tryggleik vart ikkje med heim. Redsla for på ny å oppleve akutt sjukdom står sterkt hjå alle. Derfor vart dei der heime så verdifulle. To av kvinnene uttrykte seg i ”me” form, ikkje i ”eg” form. Noko eg tolka som ei sterk tilknytning til mannen dei levde saman med. Mann, born og kjæraste stod nærast. For kvinnene som levde åleine hadde arbeidskollegaer og gode vener særleg stor verdi. Sjukepleiar og filosof Kari Martinsen (2003) framhevar at menneske er avhengige av kvarandre. Ho set derfor det menneskelege felleskap i sentrum der intensjonen er å ta vare på kvarandre både i det daglegdagse og i meir faglege samanhengar. Martinsen (2003) meiner at me alle kan kome i situasjonar der me vil ha bruk for hjelp frå andre, omsorg er derfor grunnleggjande føresetnad for alt menneskeleg liv. Ikkje ulikt det psykoanalytikar og sosialfilosof Eric Fromm (1972) hevdar, at samhørighet, gjensidig omsorg, ansvar, respekt og forståing for kvarandre står sentralt i livet til alle menneske. Kunnskap frå andre studie kan tyde på at tankar om livet og døden ikkje alltid er like enkelt å ta opp med dei der heime. Kvinner kan ta ei beskyttande haldning og ikkje ville uroa andre med sine kjensler. Menn torer ikkje la kjensler kome til overflata i redsle for å skape angst og slik fremje symptomobilete på MI hjå sine kvinner. Likevel syner det seg at dei næraste veit korleis du har det. Ord er ofte overflødige (Svedlund og Danielsen, 2004). Fleirtalet av kvinnene i dette studiet erfarte det noko annleis slik eg tolkar kvinnene sine utsagn. Deira næraste, som i hovudsak var mannen, var bekymra og redd. Noko kvinnene erfarte positivt og fremja kjensla av tryggleik og å bli godt tatt vare på. Truleg avlasta mannen dei, tok på seg deira byrde og redsle slik at kvinnene meir kunne konsentrera seg om å finne tilbake til seg sjølv, som ei av kvinnene uttrykte seg. Fromm (1972) seier at kjærleiken er tolmodig og inneber djup forståing og omtanke for den andre. Han meiner også det å ha tillit til den andre inneber ein grunnleggjande tillit til seg sjølv, det å kunne overlate noko av seg sjølv til den andre

og stole på den andre. Likeeins kan ein som har tillit til seg sjølv, ta på seg, overta noko som har verdi for den andre (ibid.).

Ei av kvinnene i studiet som levde åleine torde ikkje låse ytterdøra i frykt for kva som kunne tilstøyte henne. Etter ei tid kontakta ho heimesjukepleien.”Dei gjorde ingen ting, men var der berre i saman med meg og det var godt”. Eit utsagn som kan tyde på at kvinna trengte noko meir enn hjelp til stell og andre praktiske tiltak det kunne vere naturleg at heimesjukepleien tok seg av. Før kvinna kom så langt som til å be om denne støtta, måtte ho definera for seg sjølv kva problemet hennar bestod i. Vidare vurdere, bestemme og finne kva tiltak som kunne begrensa eller lause problemet for deretter å skaffe til veie fagpersonar. Ei slik problemløysande adferd involverar kognitive, emosjonelle og praktiske ferdigheter (Bandura, 1997, Lazarus, 2006). Valet kvinna kjente seg naudsynt til å ta, å be om hjelp frå heimesjukepleien, synleggjer eit kan hende aukande behov einslege menneske kan ha for omsorg også etter utskriving. Noko Kirkevold og Strømsnes Ekern (2001) peikar på i si bok om familien i sykepleiefaget. For dei som lever saman med andre kan det verka forebyggjande å involvere den eller dei næraste når kvinna vert informert. Studie har vist at ektefeller ynskjer større vektleggjing av den fyrste tida heime med informasjon om kosthald, fysisk aktivitet, verknad og biverknad av medisiner og det å ha kjennskap til kva eit MI er (Norlemann Holme, 2007). Liggjetida på sjukehus er korta ned. Det kan føre til at pårørande i aukande grad lyt ta på seg eit større ansvar, ofte pleieansvar, som dei på inga måte treng vere budd på. Noko som helsepersonell lyt ta inn over seg (Kirkevold og Ekern, 2001).

Sjølv om informasjonen gitt på sjukehuset er meint å vere omfattande, tyder tilbakemeldinga frå pasientar at mange savnar informasjon etter dei er heimkomne (Hanssen, 2009). Kvinnene i dette studiet var informerte om dei fysiske sidene ved MI, farene ved røyking og gevinsten ved livsstilsending. Kvinnene er enige om at informasjonen om kva som skulle skje der og då fungerte og PCI behandlinga kan stå som eit godt døme på det. Korleis informasjonen vart formidla viste seg ha verdi for korleis informasjonen vart mottatt. Ei av kvinnene kunne fortelje at overlegen satte

seg ned og brukte god tid, slik at ho skulle forstå. Han teikna og forklarte og kvinna fekk anledning til å stille spørsmål. Legen gjentok informasjonen då pårørende kom på besøk, noko han meinte var viktig. Ei annan kvinne fekk informasjonsbrosjyren slengt etter seg i senga. Ho kjente seg lite verdsatt og sa at dei kunne gjere kva dei ville, men identiteten min får dei aldri. Ei opplevde komplikasjonar og kjende seg svært sjuk. Ho ynskte vite kva det var, men fekk aldri skikkeleg svar. Noko ho følte sårhet for, formidla under intervjuet lang tid etter. Problemfokuserte strategier, som å søke etter informasjon står sentralt, og ofte vert iveren etter informasjon sterkast når ein er usikker på korleis det vil gå framover (Lazarus og Folkmann, 1984). Noko funn i dette studiet kan tyde på. Vanleg oppfølging etter utskriving er poliklinisk kontroll etter seks veker og vidare oppfølging av fastlege. Sjølv om utskrevne pasientar har fastlege og fleire andre å ringe til, er mange redde for å stille dumme spørsmål eller det som dei antar er ubetydelege spørsmål (Hanssen, 2009). Eit oppfølgingsprogram der sjukepleiarar ringte pasientane etter heimkomst, viste seg ha god effekt på graden av opplevd livskvalitet og korleis menneske etter endt behandling fekk svar på spørsmål om levestett og kjensler. Programmet auka livskvaliteten til pasientane i studiet dei første seks månadane etter heimreise i høve til dei som ikkje fekk tilbodet. Etter 18 månadar var biletet i dei ulike gruppene på opplevd livskvalitet likevel lik (Hanssen, 2009). Det at den andre gruppa, som ikkje fekk oppfølging klarte seg like godt etter 18 månadar kan, dersom me lyttar til Lian (2007), vere teikn på at pasientane er blitt tilbuddt ein vare i helsemarkedet, som det ikkje var større behov for, og at resurssane mest sannsynleg kunne komt til betre nytte ein annan stad. Eller at den legande prosessen tar si naturlege tid, men at tid vert sett på som manglevare i den vestlege verda der alt skal gå så fort og me heller vil ha profesjonell ekspertise istadanfor å finne løysingar og meistringsstrategiar sjølv. Eit anna syn, som samsvarar med funn i dette studiet og som vert synt klarare vidare i drøftinga, er at kjensla av hjelpelause er størst i fyrste tida heime og at ressursane derfor er vel anvendte. Noko andre undersøkingar gir støtte til (Kärner, Dahlgren og Bergdahl, 2004; Martinsen, 2004; Norekvål, 1998, et al, 2007; Norlemann Holme, 2007; Sandsbakk Austarheim, 2007; Stormorken, 2002; Onstad, 1991).

## 6.2.2 Søken etter mening

Etter første tida heime byrjar kvinnene å orientere seg mot sin nye kvardag. Lazarus og Folkman (1984) hevdar at variasjonane i aktiveringa av stress og stresset sin innverknad på menneskeleg funksjonsevne ligg i individet si vurdering av kor stor personleg verdi det som skjer har. Etter revurdering av situasjonen og etter første uvissa, er trusselbilete for fleire av kvinnene byrja oppfattast meir som ei utfordring. Den stressa situasjonen som MI brakte kvinnene i, kan no oftare erfarast som "ein kamp" kvinnene kan vere med på, og som gir positivt stress, motsatt til stress utløyst av tankar på det uoverkomlege. Tankane, "dette kan vere vanskeleg, men eg skal klare det", kjem oftare. Funn kan tyde på at kvinnene som såg på det å få MI som utsikt til betre liv, tydar sjukdomen meir som ei utfordring enn ein trussel. Det å reise på ferie åleine vert no mogleg. Oppsøkje nye situasjonar, treffe andre menneske for felles hygge og glede, framfor å bure seg inne på kontoret med overtidarbeid fell naturleg. Kvinnene ser ny mening i kvardagen etter handsaminga for MI og treng ikkje uroe seg for symptom, som gjorde livet tungt å leve tidlegare. Det kan tenkjast at kvinnene er i ferd med å gå frå sjukdom mot velvære (ibid.).

Kvinnene derimot, som erfarte MI utan å kunne førebu seg, slit meir for å finne mening. Dei tenkjer framleis på seg sjølve som sjuke. Frykt og angst har tatt plass i kvardagen. Ved overhengande fare, som akutt MI, er frykt ein naturleg reaksjon. Frykta vil enten forsvinne, som følgje av tiltak som vert set i verk, eller også vil ein kome til skade eller døy (Lazarus, 2006). Angst er ein annan erfaring, som kjem til uttrykk gjennom kjenslene, engstelse, ubehag og ank. Den konkrete fare som angsten knyttar seg til kan vere at ein kjenner smerter i venstre arm, som jo kan vere teikn på MI eller teikn på fibromyalgi, ein sjukdom kjent for nokre av kvinnene i studiet. Angst rommar alltid ein fare for det fullstendige tap av personleg identitet, nemlig døden. Kjernen i angsten er å vere konfrontert med den eksistensielle trussel, det å aldri vite når og korleis døden eller det å døy vil vere (ibid.). Ei av kvinnene kjente sterk angst ved å køyre i tunnelar. Slik utsagnet kan tolkast handlar det om angst for ikkje overleve, for det og aldri kome ut av den mørke tunnelen. Bokstaveleg og

billedleg. Kvinna overlevde MI mot alle odds då hennar situasjon var særleg faretruande. Kvinna skreik og skrålte og telte ned frå 50 for å klare tunnel-køyringa. Ho gav seg ikkje, då ho hadde ei klar meining med det ho gjorde. Der kvinna bur er det mange tunnelar å forsere og klarar ho ikkje tunnelane er vegen til isolasjon og avhengighet kort. Ho ynskjer stå på eigne bein og lausrive seg meir frå mannen, kome seg i veninne-klubb åleine, gjere innkjøp, reise på ferie med venner, slik ho har gjort det i mange år. Ta tilbake sitt tidlegare liv, med sjølvstende, ansvar og kontroll, verdier høgt verdsatt i vestleg kultur (Solvoll, 1995).

Det fysiske har også betydning i kvardagen. Ikkje tole foreskrevne medisinar, stadig erfare symptom, nedslåande resultat etter testing av hjartefunksjonen, komplikasjonar og reinnlegging på sjukehuset tar på og gjer kvardagen mindre trygg og forutsigbar. I følge Benner og Wrubel (2001) kan ein ikkje skilja meistring i fysiske og psykiske retningar då kropp og sjel utgjer eit heile. Noko som samsvarar med eit studie på eigenopplevd helse etter MI, der dei med nedsatt pumpefunksjon i hjarta ikkje opplever like høg livskvalitet samanlikna med dei som kom betre frå infarkt (Pettersen, 2008), peika på tidlegare i teksten.

Det og ikkje lengre stole på seg sjølv og sine evner slit. Ei av kvinnene i undersøkinga prøvte etter vanleg sjukemeldingstid å jobbe igjen. Oppløyst i tårer vendte ho heim att. Benner og Wrubel (2001) legg vekt på at menneske kan oppleve stress dersom noko meningsfullt eller av verdi står i fare. Kvinna i studiet gav ikkje opp. Tvertimot var ho overbevist om at ho kunne klare det, om litt, men det krevde styrke og andre meistringsstrategiar. Forsking viser korleis kvinner med kroniske smerter utviklar ulike meistringsstrategier. Ei av dei viktigaste strategiane var korleis kvinnene klarte å stå i jobben sin. Ved sida av økonomisk inntekt, gav arbeidet dei ein struktur og ein sosial arena, høgt verdsatt i kvardagen. Pasientane i det studiet var komen i ein posisjon der verdighet og anerkjenning stod på spel og deira strategi for å opprettholde verdighet var ynskje om å vere i arbeid (Nilsen, 2009).

### 6.2.3 Behovet for rehabilitering

Funn i denne undersøkinga kan tyde på at for kvinnene som framleis var i arbeid eller strevde med å kome tilbake i arbeidslivet, vart nye erfaringar og meir kunnskap oppfatta som naudsynt for å klare seg best mogleg vidare. Å vere deltakar på eit rehabiliteringssenter for hjarte og lungesjuka vart derfor erfart som nyttig meistringsstrategi. Ei av kvinnene lærte seg strategiar for å takle og forstå hjartebank, som ofte kom under krevande foredrag innan og utanlands. Stoppe opp, drikke litt, puste roleg for så å fortsetje, heilt utan sjenanse for nokon. Truleg vil Heggdal (2008) skildra det som ein prosess i kvinna sin kroppskunnskaping. Kvinna lar kroppen kome til ordre, i dialog med omgjevnaden. Andre kallar det gjerne stressmeistring (Andersson et al, 2008; Bandura, 1997; Lazarus og Folkman, 1984). Eller det å forstå sin eigen helseprosess (Joansson, 2005). Uansett, kunnskap og erfaring, som gjer at kvinna held ut krevande arbeid fram til førtidspensjonering om nokre år. Så er det slutt, for som ho seier, ”eg kan ikkje klare meir fordi eg har inga tid til å kjede meg eller til å slappe av”. Tankar om ”å halde ut” går igjen. Kvinnene i studiet har vore arbeidsame og stege i gradene over fleire år. Enkelte er på topp i sine systemer, noko som fortel mykje om ambisjonar, verdiar og ikkje minst hardt arbeid. Kvinnene er ikkje villige til å gi alt dette opp utan kamp. Dei er heller ikkje interessert i å kome dårlegare ut økonomisk. Uføretrygd var aldri eit tema for kvinnene som framleis var i arbeid. Arbeidsituasjon for ei av kvinnene er blitt meir tilrettelagt, ikkje utan innverknad frå kvinna sjølv og med fleire sjukehus opphald bak seg. Mann og born ser stoda og avlastar heime. Tilsaman fører tiltaka til at kvinna kan stå i jobb tida som er igjen. Sjukdomen krev så mykje energi at andre gjeremål nesten vert uoverkomelege. Slik var det ikkje før MI. Borneborn som gir livet meining og innhald erfarast no, diverre, nesten som ei byrde. Ei gamal mor treng omsorg. ”Ikkje slik at eg ikkje har brødre, men ansvaret vert naturleg lagt på meg som kvinne”. Slikt du ikkje kan gjere noko med, seier kvinna. I Kvigne (2004) sitt studiet om kvinner som vert ramma av slag, er det mogleg å kjenne igjen same resignasjonen i orda ”det lyt berre gå”. Ho viser korleis kvinnene strevde med å gjenoppta tidlegare roller og oppgåver, og det pågangsmotet kvinnene la ned for å klare denne omstillinga. Kvigne

---

(2004) problematiserar også dette strevet i høve til Beauvoir si tenking, at det som kjenneteiknar kvinner er resignasjon, slik er livet, i motsetnad til mannen sin meir dristige veremåte og tenking. På den andre side viser ho korleis Beauvoir framhevar det unike hjå kvinner, den rolege og tolmodig arbeidersmåte som med utholdande stahet ikkje sjeldan oppnår strålende resultat. Eigenskapar Kvigne (2004) framhevar som ein styrke for kvinnene i kvardagen med utfordringar og trong for tilpasningar.

Det og ikkje stå åleine om erfaringar med sjukdom og liding kan og styrka menneske med alvorleg sjukdom. Kvinnene i studiet framheva deltakinga på hjarterehabiliteringa som positivt tiltak. Forsking viser at ofte kan meistring fremjast gjennom kontakt med andre i liknande situasjon (Kirkevold, 2001). Empati er ei oppleving av å forstå. Kvar av partane erkjenner at noko meiningsfult vert formidla, dei veit dei har kontakt med kvarandre. Empati er ein prosess der den einskilde nesten umiddelbart er i stand til å sjå forbi ytre adferd og fornemme nøyaktig den andre si oppleving på eit gitt tidspunkt (Travelbee, 1999, s.193). Ei av kvinnene framheva korleis ho fekk aksept for sine arytmiar, variasjonar i blodtrykk og kjensler av og ikkje vere "normal". Noko ho ikkje erfarte hjå fastlegen, som kvinna sa ho etterkvart stolte mindre på, då legen ikkje viste seg kunig nok om kvinner og MI. Kvinna fekk kjennskap til at det ikkje berre var ho som måtte avgårde i sjukebil med blåljós for enda ein komplikasjon. Menneske har trong for å kome saman med likestilte for å utveksle verdifulle kjensler omkring liv, sjukdom og helse (Martinsen, 2004; Sandsbakk Austarheim, 2006; Stormorken, 2002).

Funn i dette studiet, som kan synast vanskeleg å finne i andre studie omkring rehabilitering, tydar på at kvinnene ynskte å samtale med, vere saman med, andre kvinner under opphaldet på rehabiliteringa for hjarte og lungesjuka. Ikkje som einsam kvinne i gruppe med kun menn. Grunngevinga er at menn i mindre grad opnar for kjensleware samtalar omkring eksistensielle spørsmål, psykiske nedturar og uro omkring teikn på symptom. Mennene likte helst å framstå som tøffare og modigare og seksuallivet vart omtalt med humor med vekt på Viagra sine lovnadar. Nokre av kvinnene meinte dei måtte ta større ansvar for tema som var sensitive og tore vise seg

sårbare, noko som ikkje alltid var godt for sjølvkjensla. Likevel opplevde dei at mennene tok dei i handa og om skuldera etter endte møter. Det kan tyde på at menn truleg kan vere sosialierte til og ikkje vise kjensler på same vis som kvinner (Verbrugge, 1982). Eller at menn får det meste av det dei treng heime hjå sine kvinner (Kristofferzon, Løfmark og Carlsson, 2003). For å få fram ulike nyanser kan det vere trong for meir samansatte grupper, også i alder. Då tal og erfaring viser at det er færre kvinner enn menn som vert henviste til rehabilitering og kvinner oftast er eldre og i mindretal ved MI, framstår det ikkje som underleg at gruppene kan bli einsarta (Martinsen, 2004; Sandsbakk Austarheim, 2006; Stormorken, 2002).

Det som kjenneteiknar kvinnene i studiet er den aktive rolla dei påtar seg. Til tross for ulik vurdering av trusselbilete og endra levevilkår ser dei på situasjonen som håndterbar på eit vis, sjølv om trusselbilete og situasjonen er klart vanskelegare for enkelte av dei. Det at kvinnene vel problemfokuserte meistringsstrategiar talar for at dei trur på seg sjølv og det dei kan få til. Mest sannsynleg tyder det på at kvinnene også tidlegare i livet har meistra ulike trusselbilete og komt styrka ut. Menneske som tar aktivt grep om sjukdom har sannsynleg stor grad av meistringsadferd, som kan tyde på god psykisk helse frå før (Antonovsky, 1991, 2000; Lazarus og Folkman, 1984). Bandura (1997) hevdar at ei slik overbevisning og ei sterk tru på at ein skal få det til, er avgjerande for resultatet. Endog meir avgjerande enn det kunnskap og ferdighetar kan gi. Eit studie om det å lukkast med rehabilitering med vekt på livsstilsending og meistring av stress, syner at deltakarane som lukkast med å endre livsstil, trudde på seg sjølv i utgangspunktet (Mildestveit, 2008). Det viser seg også at kvinner og menn med høg utdanning kan ha eit fortrinn då dei ofte har større tilgang på ressursar og har kjennskap til, eller skaffer seg opplysning om ulike tilbod som er til for dei. Nettverket er større og økonomi betre og dei kan derfor stå sterkare rusta til å møte krevande liv (Antonovsky, 1991, 2000; Lazarus og Folkman, 1984; Lazarus, 2006).

Sjølv om kvinnene i dette studiet innsåg dei hadde mulighetar til å påverke stoda sjølv erfarte dei også tronga for realistisk hjelp. Nokon meir enn andre. Kvinnene



som kjente livskrise, ikkje fann meining i tilveret og erfarte sjukdomen til ikkje å vere under kontroll søkte alt dei kunne få av hjelp, som psykolog, psykiater, fastlege, og tilbod om rehabilitering. ”Alt eg kunne få tak i, som kunne betre situasjonen”, som ei av kvinnene sa. Overraskande funn for meg viser at også kvinnene som såg på det å *få ein diagnose* som utsikt til betre liv, fann tilbodet om rehabilitering nyttig for å styrka seg sjølv i kvardagen vidare med MI. Fleire studie tydar på at menneske med livsstilssjukdom uansett ståstad har god nytte av hjarterehabilitering der kost, mosjon, røykekutt og stressmeistring er i fokus (Mildestveit, 2008). Ei av kvinnene, som ”kjente seg reparert og frisk og ikkje som pasient”, fekk dårleg samvet for å nytte all denne tida, fire veker, kun på seg sjølv då ho helst burde vore på jobb. Både sjukepleiar og lege hadde ivra for at ho skulle delta. Noko ho var glad for i ettertid då ho fekk augene opp for nye muligheter. Brorparten av kvinnene i studiet lot seg ikkje halde tilbake av hushaldningstankar, arbeid, omsorg for mann og born, eller at andre ikkje hadde søkt dei inn, då dei såg situasjonen krevde meir enn kva dei kunne klare sjølv. Noko som samsvarar med nyare funn omkring hjarterehabilitering (Sandsbakk Austarheim, 2006). Medan eldre funn tydar på at heime forhold kan ha hatt større betydning tidlegare (Martinsen, 2004). Noko som kan skuldast empowerment tanken eller myndigjering av den enkelte, som er meir framtrédande i dag. Ei samfunnsretning der det vert forventa at pasienten er aktiv aktør, eller kunde, og ikkje passiv mottakar (Lian, 2007). Det som kan tilføyast er funn frå eit svensk studie som peikar på at det er kvinner med flest ressursar som i størst grad deltar på hjarterehabilitering, ikkje kvinner med minst resurssar, som kan hende kunne trengt det mest (Andersson, et al, 2008).

Uansett ressursar eller ikkje kan funn frå dette studiet tyde på at sjukdomen har brakt fram ein aukande sjølvbevisthet og på det å kunne setje grenser. Hjarteinfarkt fekk kvinnene til å stoppe opp. Å satse på å la arbeid liggje og heller prioritere solskinet ute er val kvinnene no ynskjer å ta.. Å vere mykje for alle og stadig gå å anke for det som har skjedd, skjer og kan skje, går utover helsa slik kvinnene i studiet ser det, og slik medisinsk forking er i ferd med å sjå det (Orth-Gomer, Chesney og Anderson, 2005). Kvinnene i undersøkinga har kjent på kroppen at livet er skjørt, men

framhevar at det er mogleg å vere glad i seg sjølv, også med alvorleg sjukdom.

Tankar omkring forsoning med livet, slik det er blitt, er ikkje ukjent og kjem fram og i andre studie om kronisk sjuke menneske (Johansson, 2005; Kvigne, 2004; Heggdal, 2008; Norekvål et al, 2007).

## **6.3 Implikasjonar for sjukepleiepraksis**

I innleiinga visar eg til spørsmål frå studentar om korleis sjukepleiar kan ivareta akutt, kritisk sjuke pasientar og samtidig tenke heimkomst og rehabilitering. Fokuset i oppgåva er på heimkomst og rehabilitering. Kvinnene i dette studiet har bidratt med si erfaring og korleis denne erfaringa kan nyttast i sjukepleiepraksis ynskjar eg dele her.

Kvinnene sine erfaringar med å få diagnosen MI kan fortelje noko om sjukepleiar si forforståing, korleis me som sjukepleiarar kan kome til å møte pasientar utfrå gamal kunnskap. Kvinnene i studiet er truleg ikkje karakteristiske for menneske som får MI, då dei korkje er menn eller spesielt usunne, men heller sporty og aktive og fleire på toppen av sine yrkeskarrierar. Ei utfordring for sjukepleiar kan vere korleis rådgeving og informasjon kan leggjast til rette for å støtte kvinnene i helingsprosessen, slik at dei kan behalde sjølvkjensla og identiteten sin vidare i livet med kronisk sjukdom. Data i studiet kan tyde på at det er ei krevande oppgåve. Vanskeleg kan det og vere for sjukepleiar å oppdatere seg på annan forskingsbasert kunnskap, då denne og kan vere i endring. Kunnskap om symptom på MI, beste behandling også for kvinner, verknad og biverknad av medikament. Krevande kunnskap, som viser seg i studiet ikkje alltid kome til rett anvending, men som også er ein del av den levande kunnskapen, som søker seg vidare (Molander, 2001).

Ein annan levande kunnskap er erfaringar pasientane sit med. Når pasienten fortel om sin erfaring med sjukdom, pleie og behandling og det å motta omsorg, gjev det sjukepleiar mulighet til å forstå kva som betyr noko for han (Pedersen, 2009). Funn frå dette studiet kan tyde på at det å ta hensyn til kvinner sin historie på godt og vondt

også før MI, kan få verdi for korleis kvardagen vert påverka etter MI. Ved å lytte til pasienten kan sjukepleien tilpassast den einskilte sine resurssar, også når det gjeld symptomhåndtering. Når sjukepleiar informerar og gir råd kan det å kjenne kvinnene, deira historie og styrke, leggje grunnlag for å kunne løfte fram muligheter istadanfor å poengtere risikofaktorar og forbud (Norekvål et al, 2008). Pasientane treng kunnskap om korleis ulike symptom på MI kan opptre og korleis desse kan håndterast, men då funn i dette studiet tyder på at kvinnene sine erfaringar med smerter og sjukdomskjensler er ulike lyt informasjonen truleg og bli ulik. Ein sjukepleie i tråd med Florence Nightingale (2003) si oppfordring om å la pasienten si stemme bli høyrte. Eit studie til ettertanke visar at pasientar med kroniske smerter var opptatt av sin historie, å sjå smertene i ein større samanheng, medan sjukepleiar var meir opptatt av fokuset på øyeblikket, korleis pasienten hadde det her og no. Sjukepleiar kan dermed miste vesentlege dimensjonar, som kan vere viktige for pasientane i kvardagen (Nilsen, 2009).

Det at kvinner i så stor grad har vanskar for å tru på kunnskapen gitt på sjukehuset, hjå fastlege og etter poliklinisk kontroll kan tyde på at intellektuelle ressursar utfordrast og vert påverka av emosjonelle ressursar. Dersom menneske derimot klarar å bevistgjere psykologiske mekanismer, som påverkar tankane, kan ein meir klare å meistre vanskelege kjensler (Antonovsky, 1991, 2000; Lazarus og Folkman, 1984; Lazarus, 2006). Kvinner med MI kan trenge til hjelp og støtte for å finne fram til meistringsstrategiar, som kan føre til ei forståing og forsoning av ein ny livssituasjon. Lazarus (2006) hevdar at dersom sjukepleiar ikkje forstår korleis meistring fungerer, vil me heller ikkje kunne følgje kampen som foregår i mennesket for å tilpasse seg stress i tilværet. Å forstå meir av kva som er hensiktsmessige strategiar for kvinner med MI og kva som ikkje treng vere det. Når kvinner brukar nekting som eit gode i den lindrande prosessen, eller når strategien kan virke hemmande (Lazarus og Folkmann, 1984; Lazarus, 2006). Lazarus (2006) hevdar det er tradisjon for å dele meistring i positiv og negativ form og at det kan gi eit forvrengt bilete av meistring. Positive kjensler, i motsetnad til det ein kan tru, kan og bere med seg kjensler av tap og trussel, som krev meistring. Kjensler som er skildra nærare i første del av kapittel

6.2.1 om å vinne att helsa, og som truleg kan forklare meir av kvifor også kvinnene som kjente på betre liv etter behandling for MI hadde behov for vidare oppfølging ved senter for hjarterehabilitering. Å lære meir om ulike meistringsstrategiar kan såleis vere eit utgangspunkt for samtaler mellom sjukepleiarstudentar og lærar.

Funn i dette studiet visar at eksistensielle spørsmål og strevet med å ta tilbake kontrollen og trua på seg sjølv, framstår som vanskelege kjensler. Giske (2008) framhevar at ulike reaksjonsmønster krever ulik oppfølging. Ho hevdar at sjukepleiar lyt forstå pasientane sin sårbarhet og støtte dei også i eksistensielle spørsmål. Spørsmål Giske fann det vanskeleg å finne litteratur på i høve til sjukepleiar sin funksjon. Ho meiner det kan tyde på at helsevesenet ikkje er så flinke til å følge opp pasientane heilskapeleg (ibid.). Sjukepleiar er nær kvinnene det meste av døgnet på sjukehuset, men møter også pasienten i heimesjukepleien, ved poliklinikkar, ved meistrings og hjarterehabiliteringssenter og hjå fastlegen. Eit større samarbeid mellom dei ulike behandlingsstadane kan såleis vere eit redskap mot meir heilskapeleg sjukepleie. Samnt det å vere villig til å våge ta opp vanskelege spørsmål med pasienten.

Vanleg liggetid på sjukehuset etter behandling for MI er i dag tre til fire dagar dersom alt går komplikasjonsfritt. Behandlinga på sjukehuset handlar i stor grad om å lege det sjuke hjarta. Noko som er eit livsnødvendigt utgangspunkt. Kan hende er det ikkje tid nok til meir? For kvinnene, også dei som kjende på betre helse etter PCI behandlinga, medførte kvardagen sine mange erfaringar, higen etter meir kunnskap om kvinner og MI for å kunne klare seg best mogleg. Noko Lazarus (2006) støttar dei i. Han hevdar at menneske kan ha glede av informasjon om, og større erfaring med håndtering av nye krav. Han vel å kalle håndtering og behandling av stress for ”gode råd” (ibid.). Kvinnene i studiet tenkte det same: Uansett fortid og erfaring bør rehabilitering av eine eller andre kategori vere obligatorisk for alle etter MI, og at sjukepleiar eller lege burde søkje alle kvinner inn. Rehabiliteringa kom inn som ein viktig faktor til å få innsikt i eigen situasjon, til å flytte egne grenser og til å meistra ulike gjeremål. Skjønt fleire av kvinnene i dette studiet meinte tidspunktet var vel

---

seint, i høve til tronga for tryggleik og meistring. Det kom også fram meiningar om at helsepersonell burde visst meir om ulike reaksjonsformer etter MI og derfor henvist tidlegare uansett kva kvinnene hadde av motforestillingar. Kvinnene treng bistand til å kunne få denne hjelpa til meistring. Noko kreftomssorga har innsett og arbeida etter i fleire tiår. Det å sende menneske i frykt og angst med mange ubesvarte spørsmål til levemåte ut i kvardagen er ikkje helsefagleg godt "håndverk" for nokon. Derfor er rehabilitering nesten å rekna som ein del av behandlinga (Skarstein, 1998). Noko som har vunnet gehør hjå bevilgande myndigheter og blant folk flest over det ganske land. Gjennom erkjenninga av tronga for obligatorisk rehabilitering og etter MI, når tilbudet alle, ikkje berre menn og dei mest ressurssterke kvinnene.

I høve til Samhandlingsreformen, rett behandling, på rett stad og til rett tid i Stortingsmelding nummer 47 (Det kongelege Helse og Omsorgsdepartement, 2008-2009, s. 51 og 61) er alle som arbeider i helsevesenet pliktige til å leggje pasientperspektivet til grunn for sine handlingar. Etablering av lærings og meistringssenter blir ansett som naudsynt for å kunne sikre ei breiare tilnærming til mestring av sjukdom og for å tileigne seg verktøy til å håndtere kvardagen på ein betre måte. Pasientane er innlagte kort tid på sjukehuset og det vil ta tid å vite korleis ein skal innrette livet som følgje av sjukdom (ibid.). Ei Stortingsmelding som er i tråd med kvinnene sine erfaringar skildra i dette studiet.

Kari Martinsen (2003) får siste ord. Alt kan ikkje målast i pengar, besparingar, resultat og mål. Ikkje alle kvinner med MI kan oppnå helbreiding eller god helse. God sjukepleie er også å fremje livsmot og forstå den enkelte si liding og livshistorie. Omsorg er grunnleggjande og er sitt eige mål, uavhengig av resultat, som betring eller auka sjølvhjulpenhet.

## 7. Konklusjon

Denne undersøkinga har hatt til hensikt å bringe fram kunnskap om korleis kvinner erfarar kvardagen etter behandling for hjarteinfarkt, slik åtte kvinner erfarte det. Kvinnene sine skildringar gir grunnlag for å konkludere med at sjølv om prognosen kan vise seg god for dei fleste av kvinnene treng ikkje det vere utslagsgivande for kvardagen vidare med MI. Kvinnene sine historiar i forkant med og utan sjukdomskjensler, saman med korleis MI vart oppfatta og handsama av helsepersonell, viste seg ha betydning for korleis kvinnene meistra kvardagen etter utskriving frå sjukehuset. Kvinnene som erfarte uro, trøytaleik og smerter i forkant av infarkt, såg ut til meir å akseptere sjukdomen, då dei kjente på ny og betre helse etter PCI behandlinga. Kvinnene derimot, som trudde dei var friske før MI, strevar meir med å akseptere MI. Funn som ikkje alltid er nok vektlagt i helsevesenet og som mest sannsynleg kan føre til at kvinner med MI ikkje får ein heilskaplege sjukepleie, også med tanke på eksistensielle spørsmål. Sjukepleiefaglege implikasjonar kan vere at sjukepleiar i større grad bevestigjer si eiga haldning og tenkjer meir korleis praktisere ein sjukepleie som har fokus på kvinnene sin historie og korleis kvinnene ser på seg sjølv, framfor å ta for stort utgangspunkt i medisinske problemstillingar.

Kvinnene i studiet framstår som rike på ressursar og villige til å yte alt som står i deira makt for å kunne klare seg best mogleg i kvardagen med ein kronisk sjukdom. Noko som ikkje alltid vert karakterisert som kjennemerke på menneske med MI. Kan det gi grunnlag for å stille spørsmål om det er forskjell på menn og kvinner som får MI?

Funn viser at brorparten av kvinnene hadde vanskar med å forstå kvifor akkurat dei vart ramma av livsstilssjukdomen MI, på tross av velfungerande liv der helse naturleg stod i høgsetet. Ulike risikofaktorar, som arvelege belastningar og røykeadferd vart i stor grad tillagt risiko hjå menn. Kvinner sine liv er ofte karakterisert ved dei mange rollene kvinner har, både i heim og yrkesliv. Det kan vere teikn som tyder på at desse forhold saman med dei meir tradisjonelle risikofaktorane spelar ei rolle for utvikling

av CVD. Eit fokus kvinnene i studiet sjølve framheva, og som viser seg vere ei aktuell problemstilling ser ein til pågåande samfunnsdebatt omkring kvinner som dobbeltarbeidane og kva det kan medføre for kvinner si helse.

At kvinner kan vere utsatt for mannssjukdomen MI er framleis ein lite utbredt tanke, ikkje berre hjå dei intervjua kvinnene, men også hjå pårørande og i helsevesenet. Dette kan føre til moglege feiltolkingar av symptom, ikkje berre det at kvinner i tillegg til å ha andre symptom enn menn, og kan risikere å bli underkjente for å presentere same symptom som menn, som er vanlegast. Begge deler kan truleg føre til ei forlenga tid før sjukdomen vert akseptert og rett behandling iverksatt. Noko som kan gi grunn til ettertanke for kvinner og mest sannsynleg medførte ei ekstra belastning i kvardagen vidare for fleire av kvinnene i dette studiet. Delar av informasjonen frå kampanjer omkring kvinner og MI, som at kvinner ofte kan ha andre symptom enn menn, er nådd fram, men viste seg få uheldige konsekvensar for enkelte av kvinnene i dette studiet. Eit framsteg er at alle kvinnene fekk PCI behandling, rekna som beste behandling for deira type av MI. Noko som tidlegare ikkje var sjølv sagt og kan i følgjande år truleg gi von om eit anna og betre utgangspunkt for kvardagen etter MI, også for kvinner.

Funn viser at alle kvinnene, uansett forhistorie, meinte hjarterehabilitering var naudsynt. Fleire kjente på sorg over å leve vidare med MI, men ser det er mogleg å kjenne på glede over livet, sjølv med alvorleg sjukdom. Hjarterehabiliteringa hjalp kvinnene til ei forsoning med sjukdomen, å setje grenser og støtte i å meistre fortsetje i arbeid. Enkelte kvinner erfarte det å vere i gruppe med kun menn under rehabiliteringsopphaldet ikkje gav det same utbytte, som ei meir samansatt gruppe kunne gje. Kvinner har behov for å samtale med kvinner om vanskelege kjensler.

Ein konklusjon er at helsevesenet ikkje klarar å gi kvinner med MI nok tryggleik til å kunne takle kvardagen vidare med kronisk sjukdom i den korte tida dei er innlagte på sjukehuset. Truleg er det kun tid til å lege det sjuke hjarta. Kvinnene treng derfor tida og verktøyet til hjelp i kvardagen, som hjarterehabiliteringa kan gi. Gjennom ei

erkjenning av behovet for obligatorisk rehabilitering når tilbodet alle. Noko som er i tråd med anbefalingar frå sitjande regjering.

## **7.1 Ankepunkt i høve til eige studie**

Kvinnene i studiet vart intervjuar i ulikt stadie av rekonvalesens. Tida for intervju varierte frå to månadar til åtte månader etter utskriving frå sjukehuset. Det betyr at nokre kvinner var komen lengre, andre kortare i sitt forlaup etter MI. Det kan farga deira syn på erfaringar og opplevingar, i den betydning at nokre har erfaringane nærare i tid, andre har hatt lengre tid på å bearbeida kjenslene sine. Likevel meiner eg kvinnene var opne og la fram sine erfaringar nyansert og slik dei kjente dei.

Eit ankepunkt til i dette studiet er at utvalet kvinner som vart intervjuar alle vart rekruttert frå senter for hjarterehabilitering. Det kan leggja bestemte premissar til grunn, som gjer at eg ikkje får fram eit større mangfold av erfaringar. På den andre sida kan ikkje alt famnast i eit studie. Undersøkinga er basert på erfaringar frå åtte kvinner og gir på inga måte utfyllande data om kvardagen etter MI. Studiet kan likevel få fram delar av eit heile, som også kan ha sin verdi, også for andre kvinner med MI, og korleis sjukepleiar kan støtte og hjelpe kvinnene i deira prosess i meistringa av alvorleg sjukdom. Grunnen for å velje kvinner ved senter for rehabilitering var imidlertid ikkje tilfeldig. Eg tenkte at kvinnene der kunne vere meir innstilte på eit intervju med meg, enn kvinner som framleis var inneliggjande på sjukehus. Tida på sjukehuset er kort og ofte hektisk og kvinnene kan ha adskileleg å forholde seg til. Det kunne blitt ei overbelastning dersom dei i tillegg skulle ta stilling til å vere med i ei undersøking eller ikkje. For meg vart det ein god nok grunn til ikkje ville rekruttere kvinner i så tidleg fase av sjukdomen, men heller vente til dei kom i rolegare omgjevnadar.



## 7.2 Forslag til vidare studie

Korleis går det med kvinnene vidare, korleis klarar dei seg. Eit studie som følger kvinner med MI over lengre tid kunne vore av verdi

Tankar omkring naturlege sjudomsprosessar og meistringsevne kunne også vore interessant å studare. Overlater me for lite til den naturlege sjukdomsprosessen, skal me vere så effektive at det ikkje eingong er tid til å vere sjuk?

Kvinner og grensesetting er mykje omtalt i media i dag, å gå vidare med studie på dette tema i høve til MI kan kome til å gi ny trengande kunnskap.

## **Litteraturliste**

- Anand, S.S., Xie, C.C., Mehta, S. et al. (2005). Differences in the management and prognosis of women and men who suffer from acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol*, 46, 1845 - 51.
- Andersson, A.. (2008). Psykosocial rehabilitation in women with coronary heart disease and the effects on sickness ansence, disability pension, and the need of medical care. *Gender Medicine*, 5.
- Antonovsky, A. (1991). *Health, Stress and coping*. San Fransisco, London: Jossey-Bass Publishers
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets Mystrium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Austarheim, Sandsbakk, A.K. (2006). *Kvinnehjerter på rehabilitering*. Masteroppgave ved Medisinskfakultet, institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Universitet i Oslo. Upublisert materiale.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Benner, P og Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleie*. København: Munkgaard.
- Berg, J., Dudas, K., Lappas, G. Og Rosengren, A. (2009). Symptoms of a first acute myocardial infarction in women and men. *Gend Med*, 6 (3), 454- 62.
- Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Boersma, M. (1996). Early trombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour? *Lancet*, 348, 771-75

- 
- Bolinder, G. (2003). Kvinnor og rökning. I: K. Schenk-Gustafsson ( red.). *Kvinnohjärtan- hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s.73-90). Lund: Studentlitteratur.
- Brink, E., Karlson, B.W. og Hallberg, I.R. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychologi, Health and Medicin*, 7, 5-16
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: H. Aschehoug.
- Daly, C.A., Clemens, F., Sendon, J.L. et al. (2005). The clinical characteristics and investigations planned in patients with stable angina presenting to cardiologists in Europe: from the Euro Heart Survey of Stable Angina. *Eur Heart J*, 26, 996 – 10.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling til rett sted- til rett tid*. [www. Regjeringen.no](http://www.Regjeringen.no)
- Devon, H., Ochs, A., Ryan, J. og Shapiro, M. (2008). Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: Differences between women and men. *American Journal of Critical care*, 17, 14-24.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eikeland, A., Gimnes, M. og Madsen Holm, H. (2005). Sirkulasjonsvikt. I: T. Gulbrandsen og D. Stubberud (red.). *Intensiv Sykepleie* (s. 272-310). Oslo: Akribe A/S.
- Eilertsen, G. (2005). *Alt er som før, men ingenting er som det var. Gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag*. Oslo: Universitetet i Oslo (doktoravhandling).
- Fagermoen, M.S. (1996). *Kvalitativ forskning- En opprydning i begrepsbruk*. Tidsskrift for norsk sykepleierforskning, 1, 0801- 1923.

- Fog, J. (1998). *Med samtalen som utgangspunkt*. Det kvalitative forskningsintervju. København: Akademisk Forlag.
- Foss, C. og Hofoss, D. (2004). Patient's voices on satisfaction: unheeded women and maltreated menn? *Scandinavian journal of caring sciences*, 18 (3), 273-80.
- Forvang, R. og Rasmussen, K. (2007). *Det Norske hjertet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Frich, J.C. (2008). Living with genetic risk of coronary heart disease: a qualitative interview study of patients with familial hypercholesterolemia. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5.
- Frich, J.C., Malterud, K. og Fugelli, P.(2006). Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary health Care*, 24: 38-43.
- Froelicher, E.S., Christopherson, D.J., Miller N.H., og Martin, K. (2002). Women's initiative for non-smoking: Description of 277 women smokers hospitalized with cardiovascular disease. *Heart and Lung. The Journal of Acute and Critical Care*, 31 (1), 3-14.
- Fromm, E. (1972). *The art of loving*. London: George Allan & Unwin Ltd.
- Fugelli, P. (2003). *O-visjonen*. Essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget.
- Getz, L. (2006). *Sustainable and responsible preventive medicine*. Trondheim: Norges Tekniske- naturvitenskapelige universitet (doktoravhandling).
- Giske, T. og Gjengedal, E. (2007). Preparative waiting and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of advanced Nursing*, 57(1):87-94.

- 
- Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (2007). Om kronisk sykdom. I: E.Gjengedal og B. R. Hanestad (red.). *Å leve med kronisk sykdom* (s.10-26). Oslo: J.W. Cappelens Forlag A/S.
- Graff-Iversen, S., Jennum, A., Grøtvedt, L., Bakken, B., Selmer, R. og Sjøgaard, A.(2007). Risikofaktorer for hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes i Norge. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 127 (19), 2537-41.
- Grimsmo, J. (2009). Moderne aktivitetsbasert 4-ukers hjerterehabilitering med vekt på tilbakeføring til arbeidslivet. *Hjerteforum*, 1(22), 37-50.
- Halvorsen, S. (2006). Nye infarktdefinisjoner – 5 typer hjerteinfarkt. *Hjerteforum*, 19 (4), s. 82-83.
- Hanssen, T.A. (2009). *Improving outcomes after acute myocardial infarction: Implementing a post- discharge intervention providing information and support*. Bergen: Det medisinske- odontologiske fakultet (doktoravhandling).
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskap. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsinkideklarasjonen. Tilgjengeleg frå <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (Hentet 29.10.09).
- Hjermann, I., Byre, K.V., Holme, I. og Leren, P. (1981). Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet*, 2, 1303 – 10.
- Johansson, Annelie. (2005). *När kroppen sviker*. Sverige: Vaxjö Universitet. Intellecta DocuSys, Mølndal.
- Kärner, A.M., Dahlgren, A.M. og Bergdal, B. (2004). Rehabilitation after coronary heart disease: Spouses' views of support. *Journal of advanced nursing*, 46 (2), 204- 211.

- Kirkengen, A..L., Getz, L. og Hetlevik, I. (2008). En annen kardiovaskulær epidemiologi. *Tidssr Nor legeforen*, 128, 2181- 4.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (2001). Familien i et helse- og sykdomsperspektiv. I: M. Kirkevold og K.S. Ekern (red.). *Familien i sykepleiefaget* (s. 21-44). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2001). Et slag rammer hele familien. I: M. Kirkevold og K.S. Ekern (red.). *Familien i sykepleiefaget* (s. 130- 149). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Klemsdal, T., Tonstad, S. og Hjerman, I. (2004). Hvordan identifisere personer med høy risiko for kardiovaskulær sykdom? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 124, 799-801.
- Klemsdal, T.O. (2009). Hvem skal ha lipidsenkende behandling? *Hjerteforum*, 22 (3), 15-21.
- Kristofferzon, ML., Løfmark, R. og Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 360-374.
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvigne, K. (2004). *Når kvinner rammes av hjerneslag. En fenomenologisk og feministisk studie av kvinnelige slagpasienter og av sykepleiernes erfaringer med slagrammede*. Universitetet i Oslo (dr. avhandling).
- Kvigne, K., Kirkevold, M. og Gjengedal, E. (2004). Figthing back-struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health care for women international* 25, 370-387.

- 
- Landsforeningen for hjerte og lungesyke (2007). Tilgjengeleg i: <http://www.go-red.no> (Henta 29.10.09).
- Larsen, Ø. (2007). Hjertet- fra metafor til terapiobjekt. I: K. Forvang og K. Rasmussen (red.). *Det norske hjertet* (s.27-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lazarus, R.S. og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. (2006). *Stress og følelser- en ny syntese*. Oslo: Akademiske Forlag.
- Lian, O.S. (2007). *Når helse blir en vare*. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand: Høyskoleforlaget A/S.
- Løvlien, M. (1997). *Har kvinner også et hjerte? En studie av kvinners sykdomsopplevelse ved hjerteinfarkt*. Hovudfagsoppgave i helsefag. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. NTNU Trondheim: 1997. Upublisert materiale.
- Løvlien, M. (2001). Blir kvinner tatt på alvor. *Vård i Norden*, 21, (1), 15-19.
- Lund, K.E. og Lund, M. (2005). Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskr Nor legeforen*, 125, 560- 3.
- Malterud, K. og Hollnagel, H. (1999). Encouraging the strengths of women patients. A case study from general practice on empowering dialogues. *Scand J Public Health*, 2, 254-259.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget..
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget,
- Martinsen, R.(2004). *Å legge hjertet i andres hender. En intervjuundersøkelse om hjerteopererte kvinners behov for informasjon-beskrivelser og erfaringer*.

Hovudoppgave. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo. Upublisert materiale.

Melberg, T., Thoresen, M., Hansen, J., og Westheim, A. (2005). Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus? *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 125, (21), 2925-8.

Mildestveit, T. (2008). *Motivating cardiac rehabilitation patients to maintain lifestyle changes*. Bergen: Det medisinske- odontologiske fakultet (doktoravhandling).

Molander, B. (2001). Kunnskapsmångfald och olika kunnskapstraditioner. I: H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.). *Kunnskap, kropp og kultur*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mosca, L., Wenger, N.K., et al. (2007). Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Circulation*, 115, 1481-1501.

Mueller, C., Neumann, F. J. og Roskamm, H. (2002). Women do have an improved long-term outcome after non-ST-elevation acute coronary syndromes treated very early and predominantly with percutaneous coronary intervention. *J Am Coll Cardiol*, 40, 245-250.

Mæland, JG. (2006). Helhetlig hjerterehabilitering. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Nightingale, F. (2003). *Håndbok i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Nilsen, G. (2009). "Smerter under nordlyset. Den vanlige lidelsen. Det vanlige livet. Fortellinger fra hverdagslivet med langvarige smerter". Tromsø: Det helsevitenskapelige fakultet (doktoravhandling).

Njølstad, I. (2007). Endringer i sykdomspanoramaet. I: K. Forvang og K. Rasmussen (red.). *Det norske hjertet* (s.47-57). Oslo: Universitetsforlaget.



- 
- Njølstad, I. og Arnesen, E. (1998). Preinfarction bloodpressure and smoking are determinants for a fatal outcome of myocardial infarction. A prospective analyse form the Finnmark Study. *Arch Intern Me*, 158.
- Norekvål, T.M. (1998). *Kvinnehelse I fokus-en survey av 147 kvinner sin opplevde livskvalitet og mestring etter hjerteinfarkt*. Hovudoppgave. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen. Upublisert materiale.
- Norekvål, TM., Wahl, AK., Fridlund, B., Nordrehaug, J. Wenzel-Larsen, T. og Hanestad, B. (2007). Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort. *Health and Quality of life Outcomes*, 5, 5-58..
- Nord, R. (1998). Ulike typer design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk* (s.24-37). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norlemann Holme, A.. (2008). Ektefellers behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt. *Sykepleien Forskning* 1, (8), 18-23
- Norris, C.M., Ghali, W.A., Galbraith, P.D., Graham, M.M., Jensen, L.A. og Knudtson, M.L. (2004). Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 21.
- Onstad, RF. (1991). *En studie av egenomsorgsproblem hos personer med gjennomgått hjerteinfarkt, relatert til første tiden etter utskrivning fra sykehuset, teoretiske og empirisk belyst*. Hovudoppgave. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap. Upublisert materiale.
- Orth-Gomér, K., Chesney, M., A. og Anderson, D. E. (2005). Social stress, strain, and heart disease in women. I: N. Kass Wenger og P. Collins (red.). *Women & heart disease* (s. 563-573). England: Taylor & Francis Group.

- Otterstad, J.E., Platou, E.S., Mangschau, A. og Endresen, K. (2002). Hjerterinfarkt, diagnostikk og behandling. *Hjerteforum*, 15 (3), 6- 14.
- Patel, H., Rosengren, A. Og Ekman, I. (2004). Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference? *Am Heart J*, 148 (1), 27- 33.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Pedersen, J., Tverdal, Å. og Kirkhus, B.(2004). Kostendringer og dødelighetsutvikling av hjerte- og karsykdommer i Norge. *Tidsskrift For Den Norske lægeforening*, 124 (11), 1532-6.
- Pedersen, K.L. (2009). Evidensbasert praksis i møte med pasientens livsverden. *Vård i Norden*, 29 (3), 53-55.
- Pettersen, K.I. (2008). *Health- related quality of life after myocardial infarction: methods for assessment and determinants*. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine. University of Oslo: No. 689.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reitma, J.B., Tijssen, J.G. et al (1999). Cardiovascular disease in Netherland, 1975 to 1995: decline in mortality, but increasing numbers of patients with chronic conditions. *Heart*, 82 (1), 52-6.
- Rice, L. P. og Ezzy, D. (1999). *Qualitative research methods*: Oxford University Press.
- Risøe, C. og Graff-Iversen, S. (2006). Får kvinner like god behandling for hjertesykdom som menn. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126, (6), 785-7.

- 
- Schenck-Gustafsson, K. (2003). Kjønnsskillnader i medicinen. I: K. Schenck-Gustafsson (red.). *Kvinnohjertan- hjert- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s.9-17). Lund: Studentlitteratur.
- Schenck-Gustafsson, K. (2003). Koronarsjukdom hos kvinner I: K. Schenck-Gustafsson (red.). *Kvinnohjertan- hjert- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 40-58). Lund: Studentlitteratur.
- Skarstein, J. (1998). Mentale og følelsesmessige reaksjoner ved alvorlig sykdom. I: K. Ronge (red.). *Mitt liv- mitt håp* (s.35-44).Oslo: Grøndahl og Dreyers Forlag AS.
- Solvoll, B.A. (1995). Å utvikle og bevare sin identitet. I: N. Jahren Kristoffersen (red.). *Generell sykepleie 2* (3.139- 186). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Statistisk sentralbyrå. (2009). Tilgjengeleg i:  
<http://www.ssb.no/emner/03//02/pasient/tab-2009-04-23-02.html> (henta 28.10.09).
- Stokkland, O. (2005). *Kardiovaskulær intensivmedisin*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Stormorken, E. (2002). "Når hjertene er syke". Hovedoppgave. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo. Upublisert materiale.
- Stubbhaug, B.(2008). *Når livet røyner på. Livskriser og meistring*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Ståhle, A. (2003). Motion och rehabilitering for kvinner. I: K. Schenck- Gustafsson (red.). *Kvinnohjertan- hjert- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 282-286). Lund: Studentlitteratur.
- Svedlund, M.og Danielson, M. (2004). Myocard infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute

myocard infarction. *Journal of Clinical Nursin*, 13, 438-446, blackwell Publishing Ltd.

Sæterhaug, A. (2004). Rehabilitering av hjertepasienter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 124 (6), 806-808.

Thagaard, T. (2008). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S.

The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee. (2000). Myocardial infarction redefined-a consensus document of for the redefinition of myocardial infarction. *Eur Heart J*, 21, 1502 - 13.

Torjesen, L. og Smeby Aarhus, N. (2001). *Livet etter et hjerteinfarkt*. Sykepleien,14.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Van de Werf, F., Bax, J., Betriu, A., Blomstrom-Lundqvist, C., Crea, F., Falk, V., Kastrati, A., Rosengren, A., Steg, PG., Tubaro, M., Verheugt, F., Weidinger, F. & Weis, M, (2008). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 2909-2945.

Verbrugge, L.M. (1982). Sex differentials in health. *Public Health Rep*, 97 (5), 417-37.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuus, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budai, A., Pasi, P., Varigos, J.& Lisheng, L.( 2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. *Lancet*, 364 (9438), 937-52.

Walde, N. og Sirnes, P.A. (2006). Preventiv kardiologi og hjerterehabilitering. *Hjerteforum*, 19, 138- 140.

Wenger, N., Speroff, L.& Packard, B. (1993). Cardiovascular health and disease in women. *New England Journal Of Medicine*, 329, 247-55.

Wickholm, M.& Fridlund, B. (2003). Women's health after a first myocardial infarction: a comprehensive perspective on recovery over a 4-year period. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2, 19-25.

Wicklund, I., Herlitz, J., Johansson, S., Karlson, B.W.& Persson, N.G. (1993). Subjective symptoms and well-being differ in women and men after myocardial infarction. *European Heart Journal*, 14, 1315-1319.

Wingate, S. (1995). Quality of life for women after a myocardial infarction. *Heart Lung*, 24, 467-473.

## ***Vedlegg, 6***

1. Godkjenning frå Regional etisk komite
2. Ny godkjenning frå Regional etisk komite
3. Godkjenning frå Norsk samfunnsvitenskapeleg datatjeneste
4. Søknad om tilgong til forskingsfelt
5. Spørsmål til kvinnene om dei vil vere med i eit forskingsstudie, med informert samtykkje.
6. Intervjuguide

## Vedlegg 1


**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

KOP

Professor Eli Haugen Dunch  
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
 Postboks 1153 Blindern

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
 forskningsetikk Sør-Øst B (REK Sør-Øst B)  
 Postboks 1130 Blindern  
 NO-0518 Oslo

Dato: 24.11.08  
 Deres ref.:  
 Vår ref.: S-08785b 2008/20016

Telefon: 22 85 06 70  
 Telefaks: 22 85 05 90  
 E-post: [julianmk@medisin.uio.no](mailto:julianmk@medisin.uio.no)  
 Nettside: [www.etikk.uio.no](http://www.etikk.uio.no)

**S-08785b Kvinner med hjerteinfarkt og deres hverdagsliv etter utskrivning fra sykehuset.  
 [6.2008.2462]**

Vi viser til søknad mottatt til fristen 21. oktober

Komiteen behandler søknaden i sitt møte den 13. november 2008. Prosjektet er vurdert etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006, jfr. Kunnskapsdepartementets forskrift av 8. juni 2007 og retningslinjer av 27. juni 2007 for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

#### Saksframstilling

Studien er et studentprosjekt som har til hensikt er å skaffe til veie kunnskap om kvinners erfaringer i hverdagslivet etter hjerteinfarkt. Man ønsker dels å identifisere informasjonsbehovet for pasientgruppen og dels om pasientene opplever at tilbudet som blir gitt på rehabiliteringsenter oppleves som nyttig. Studien har et kvalitativt, beskrivende design; 6-8 kvinner skal intervjues 2-4 måneder etter hjerteinfarkt.

#### Forskningsetisk vurdering

Komiteen kan ikke se at studien reiser etiske betenkeligheter, men intervjuguiden (omtalt i prosjektbeskrivelsen s. 10) er ikke vedlagt. Komiteen ber om at denne ettersendes til orientering.

#### Informasjonskrav/samtykkeerklæring

I overskriften ber vi om at "prosjekt" erstattes med "forskningsprosjekt". Komiteen ber også om at det opplyses hvem som er prosjektleder/veileder for prosjektet med kontaktpunkter.

#### Vedtak

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at intervjuguide sendes komiteen til orientering.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Vennligst oppgi REKs saksnummer ved henvendelser til sekretariatet.

Med vennlig hilsen

Tor Norseth (sign.)  
 Leder

Julianne Krohn-Hansen  
 Komiteesekretær

Kopi: Sykepleier Nina Leivestad, Diakonhjemmet Sykehus, Postboks 23 Vinderen, 0319 Oslo

## Vedlegg 2



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor Eli Haugen Bunch  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Postboks 1153 Blindern

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst B (REK Sør-Øst B)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Dato: 16.12.08  
Deres ref.:  
Vår ref.: S-08785b 2008/20016

Telefon: 22 85 06 70  
Telefax: 22 85 05 90  
E-post: [julianrk@medisin.uio.no](mailto:julianrk@medisin.uio.no)  
Nettadresse: [www.etikk.uio.no](http://www.etikk.uio.no)

**S-08785b Kvinner med hjarteinfarkt og deira kvardagsliv etter utskrivning frå sjukehuset.  
[6.2008.2462]**

Vi viser til brev datert 10.12.08 vedlagt intervjuguide og revidert informasjonsskriv.

Komiteen tar de innsendte dokumenter til orientering og ønsker lykke til med studien.

Med vennlig hilsen

  
Milanne Krohn-Hansen  
Komitésekretær

Kopi: Sykepleier Nina Leivestad, Diakonhjemmet Sykehus, Postboks 23 Vinderen, 0319 Oslo



## Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWELIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1814 Regns gate 29  
N-5007 Bergen  
Norge  
Tlf: +47 55 55 21 17  
Fax: +47 55 55 55 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 585 321 894

Eli Haugen Bunch  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 08.12.2008

Vår ref: 20482 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.11.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 04.12.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20482	<i>På egenhånd eller gjennomgått hjernesjarkel. Kvinner med hjernesjarkel og deres levedagliv etter utskrivning fra sykehuset</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Eli Haugen Bunch
Saksbehandler	Nina Leivestad

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

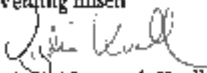
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

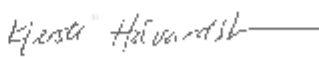
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Narmvech Kvalheim

  
Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Nina Leivestad, Ole Landmarksvei 44, 5053 BERGEN

Endringer og kommentarer / Demos Office:

NSD - OSLO: Jernbanetorget 1, Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47 22 85 52 11. [nsd@nsd.uib.no](mailto:nsd@nsd.uib.no)  
NSD - BERGEN: Landmarksvei 44, 5053 Bergen. Tlf: +47 55 55 21 17. [kj@nsd.uib.no](mailto:kj@nsd.uib.no)  
NSD - TRONDHØJ: Østlundsveien 11, 7030 Trondheim. Tlf: +47 77 54 43 36. [nsd@nsd.uib.no](mailto:nsd@nsd.uib.no)



# UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

## Vedlegg 4

**Institutt for sykepleievitenskap og helsefag**

*Seksjon for sykepleievitenskap*

Postboks 1153 Blindern

N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

Telefon: +47 22 85 05 60

Telefaks: +47 22 85 05 70

[www.med.uio.no/ish](http://www.med.uio.no/ish)

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

SØKNAD OM TILGONG TIL HJERTEREHABILITERINGEN SOM FORSKNINGSFELT I  
HØVE TIL MASTEROPPGÅVE I SJUKEPLEIEVITENSKAP.

Eg søker med dette om tillatelse til å rekruttere seks til åtte kvinner ved hjerterehabiliteringen for å gjennomføre intervju om tida heime etter gjennomgått hjarteinfarkt.

Foreløpig tittel på masteroppgåva er **”På egenhånd etter eit hjarteinfarkt”**.

**Kvinner med hjarteinfarkt og deira kvardagsliv etter utskriving frå sjukehus.**

Hensikten med studiet er å bidra til meir kunnskap om kvinner og hjarteinfarkt og spesielt om korleis kvinner har det i kvardagslivet etter gjennomgått hjarteinfarkt.

Data som kjem fram under intervju skal primært brukast i masteroppgåva. Det vil vera aktuelt å presentera resultatet for helsepersonell og andre interesserte i form av foredrag og/eller i skriftleg form. Det vil og vera mogleg å tilby hjerterehabiliteringa å bruke resultatene for eventuelt å utvikle brukar

Informasjonen ytterlegare.

Av hensyn til framdrifta i masteroppgåva er det ynskjeleg å gjennomføre intervju i løpet av november og desember 2008 og januar 2009. I denne samanheng er det fint om rehabiliteringssenteret kan

---

bistå med å spørja/ rekruttera seks til åtte kvinner som er på rehabiliteringssenteret og som har gjennomgått hjarteinfarkt om deltaking i studiet.

På grunn av den relativt lave andelen kvinner som gjennomgår medikamentell behandling og PCI behandling etter hjarteinfarkt vil det ikkje vera formålstjenleg å avgrense kvinnene i alder, men det er av interesse å inkludera mest mogleg yrkesaktive kvinner dersom mogleg.

Inklusjonskriterier er følgjande:

- Kvinner med gjennomgått hjarteinfarkt som er behandla medikamentelt eller med PCI.
- Beherske norsk språk muntleg
- Fortrinnsvis alder mellom 35 og 67 år, men dersom få kvinner kan delta i denne aldersgruppa må alder vurderast i høve til gjennomføring av masterprosjektet
- Villig til å delta

Det vil bli utdelt informasjonsskriv og samtykkeerklæring med returkonvolutt til dei aktuelle kvinnene. For respondentane som seier seg villige til å delta, ber eg om at det eine eksemplaret av samtykkeerklæring returnerast til meg, medan det andre beholdast av kvinnen.

Prosjektet er til godkjenning hos Regional etisk komite og vil bli meldt til Norsk Samfunnsvitenskapeleg datatjeneste AS. Veileidar for masteroppgåva ved institutt for sjukepleievitenskap er professor Eli Haugen Bunch, tlf. 22850570.

E post: [e.h.bunch@medisin.uio.no](mailto:e.h.bunch@medisin.uio.no) Ved ytterlegare spørsmål om studiet, kan eg kontaktast på telefon 41269522. E post: [nina.leivestad@studmed.uio.no](mailto:nina.leivestad@studmed.uio.no)

Oppgåva er planlagt innlevert medio juni månad 2009. Etter sensurering vil hjerterehabiliteringen motta eit eksemplar. Vidare er eg villig til å presentera funna for personalet ved senteret dersom det er ønskeleg.

Med venleg helsing

Nina Leivestad, masterstudent

Oslo. 14. okt. 2008



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

**Vedlegg 5**

**Institutt for sykepleievitenskap og helsefag**

*Seksjon for sykepleievitenskap*

Postboks 1153 Blindern

N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

Telefon: +47 22 85 05 60

Telefaks: +47 22 85 05 70

[www.med.uio.no/ish](http://www.med.uio.no/ish)

**FORESPØRSEL OM DELTAKING I EIT FORSKNINGSPROSJEKT**

***”KVINNER MED HJARTEINFARKT OG DEIRA KVARDAGSLIV ETTER  
UTSKRIVING FRÅ SJUKEHUS”***

**Bakgrunn og hensikt**

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit studie i samband med at du har vore innlagt på sjukehus med hjarteinfarkt.

Studiet vil ikkje omhandla tida på sjukehuset, men korleis du har det ettar at du er komen heim. Hensikten med studiet er å bidra til meir kunnskap om kvinner og hjarteinfarkt og spesielt korleis kvinner har det i kvardagslivet etter gjennomgått hjarteinfarkt.

Kva medfører studiet for deg?

Studiet er ei masteroppgåve i sjukepleievitenskap ved universitetet i Oslo. Ein kvinneleg masterstudent, Nina Leivestad, som også er sjukepleiar vil intervju /spørre deg om korleis det er å kome heim i eiga stove etter utskriving frå sjukehuset. Dine tankar og følelsar omkring ditt kvardagsliv. Intervjuet inneheld også spørsmål om du synst informasjonen gitt på sjukehuset og på hjarterehabiliteringa er tilstrekkelig og god nok for deg med tanke på kvardagslivet etter utskrivning frå sjukehuset. Intervjuet vil vare i ca. 60 minutt og du bestemmer sjølv kva du vil snakke om. Det er ingen rette eller feile svar på mine spørsmål. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd.

Lydbåndopptaket blir holdt nedlåst og all informasjon anonymisert. Ingen andre kan dermed vite kven som blir intervjuet. Når oppgåva/studiet innleveres medio juni 2009 blir lydbåndet med datamaterialet/intervjuet sletta for alltid.

Det er ingen risiko forbundet med det å delta i dette studiet. Du kan kanskje oppleve at det er litt slitsomt å gjennomføra intervjuet. På den andre sida får du ein sjanse til å snakke om det som opptar deg og kva du synst har vore bra og vanskeleg i denne situasjonen.

Intervjua innebærer ingen kostnad for deg, men du får heller ikkje honorar for å delta. Den einaste ulempen er at du må avsette 60 minutt til intervju etter nærmare avtale.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og utan å oppgi nokon grunn trekke ditt samtykke til å delta i studiet. Dette vil ikkje få konsekvensar for din vidare behandling.

Dersom du ønsker delta, underteiknar du samtykkeerklæringa som ligg vedlagt i frankert konvolutt og sender denne til meg. Eg kjem då til å ta kontakt med deg på telefon for å avtale nærmare tidspunkt og stad for intervju.

Dersom du har spørsmål til studiet eller ved eit seinare tidspunkt ynskjer trekke deg kan du kontakte Nina Leivestad tlf. 41269522 eller på mail [nina.leivestad@studmed.uio.no](mailto:nina.leivestad@studmed.uio.no)

Veileidar og hovudansvarleg for studiet er professor Eli Haugen Bunch. Ho kan kontaktast på telefon 22850573 eller på mail: [e.h.bunch@medisin.uio.no](mailto:e.h.bunch@medisin.uio.no)

Med venleg helsing

Nina Leivestad, masterstudent

Oslo, 14. okt. 2008

---

## Samtykke til deltaking i studiet

Eg samtykker i å delta i studiet og er informert om hensikt og at informasjonen eg bidrar med ikkje vil kunne tilbakeførast til meg.

Eg er også kjent med at eg på kva tidspunkt som helst kan trekke meg frå studiet utan at det vil medføre ulempe for meg.

Namn.....

Adresse.....

Telefonnr.....

Sted og dato.....

Underskrift.....

**Vedlegg 6****Intervjuguide****Tema 1)**

- Kan du fortelja litt om korleis du har det no?
- Korleis ser du på deg sjølv etter at du fekk hjarteinfarkt, er det noko forskjell før og etter hjarteinfarktet?
- Korleis var det for deg å bli ramma av hjarteinfarkt?

**Tema 2)**

- Korleis var det å koma heim i kvardagen etter utskriving frå sjukehuset
- i høve til familien?
- I høve til eventuelt arbeidsliv?
- I høve til å delta på aktivitetar utanfor heimen?

**Tema 3)**

- Kan du sei litt om kva forandringar du har gjort i høve til livsstil, som kosthold, røyking og mosjon?
- Har du tankar om kvifor det har blitt som det har blitt?
- Kva informasjon hadde du å lite på i kvardagen etter utskriving frå sjukehuset og visste du noko om hjarteinfarkt før du sjølv vart ramma?
- Kva var det som gjorde at du byrja på hjarterehabilitering?

**Avsluttande spørsmål før lydbåndet vert slått av:**

Er det andre moment/ting me ikkje har snakka om som du ser på som viktige i denne samanheng?